

Mari Kinos
Mirka Kuokka

Potilaiden kokemuksia hoidon laadusta päivystyksessä

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

29.11.2016

Tekijät Otsikko	Mari Kinos, Mirka Kuokka Potilaiden kokemuksia hoidon laadusta päivystyksessä – Kirjallisuuskatsaus
Sivumäärä Aika	39 sivua + 2 liitettä 29.11.2016
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Leena Hannula, lehtori, TtT
<p>Opinnäytetyö oli osa HUS:n Siltasairaalan rakennushanketta. Uusi Siltasairaala korvaa Töölön sairaalan toimintoja sekä osan Syöpätautien klinikan tiloista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaskokemuksia hoidon laadusta päivystyksessä HYVÄ HOITO -mittaria mukaillen. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää uuden Siltasairaalan päivystyksen kehittämisessä.</p> <p>Työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena tutustumalla aihealueen aiempiin tutkimuksiin ja tekemällä niiden pohjalta johtopäätöksiä hoidon laadun parantamisesta. Tiedonhaku tehtiin käyttämällä PubMed-, Cinahl-, Medline- ja Medic-tietokantoja, lisäksi tehtiin manuaalista tiedonhakua hoitotieteen lehdistä. Löytyneen aineiston perusteella pääteltiin, että suomalaista tutkimusta aiheesta on suhteellisen vähän ja sisällönanalyysiin valikoituikin kotimaisten tutkimusten lisäksi kansainvälisiä tutkimuksia. Sisällönanalyysissä oli mukana yhdeksän (9) tutkimusta. Sisällönanalyysi toteutettiin deduktiivisesti eli teorialähtöisesti, ohjaavana teorianä käytettiin Helena Leino-Kilven HYVÄ HOITO -mittaria hiukan mukailtuna.</p> <p>Keskeisimmät tulokset osoittivat, että hoidon laatu oli yleisesti hyvää, mutta parannettavia kohteita löytyi. Ongelmallisimpia olivat ohjaus ja potilaan kohtaaminen. Ohjauksen laatu vaihteli suuresti ja kirjallista materiaalia oli liian vähän tarjolla potilaiden tarpeisiin nähden. Potilaiden kohtaaminen riippui täysin hoitajasta. Hoitajasta riippuen otettiin huomioon erilailla potilaan tunne-elämä ja toisinaan kohdattiin potilaan ongelmat eikä potilasta henkilönä.</p> <p>Kehittämisehdotuksena opinnäytetyön tulosten pohjalta on, että edelleen tutkittaisiin potilaiden kokemuksia hoidon laadusta myös muissa kuin päivystysympäristössä. Huomiota tulisi erityisesti kiinnittää ohjaukseen ja potilaan kohtaamiseen. Hoidon laadun kehittäminen on jatkuva prosessi, joten aihealueeseen liittyvää tutkimusta tulisi tehdä säännöllisesti, jotta tieto on ajantasaista.</p>	
Avainsanat	päivystys, potilaiden kokemukset, hoidon laatu, kirjallisuuskatsaus

Authors Title	Mari Kinos, Mirka Kuokka Patients' Experiences on Quality of Care in Emergency Departments - Literature review
Number of Pages Date	39 pages + 2 appendices 29th November 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Leena Hannula, Senior Lecturer, Doctor of Health Science
<p>The thesis is part of the construction project of HUS's Siltasairaala Hospital. The new Siltasairaala Hospital will replace the functions of Töölö Hospital and some of the room of the Department of Oncology. The purpose of the thesis was to find out how the patients of the emergency clinic experience the quality of the treatment, by using the scale of HYVÄ HOITO (good treatment). The objective is that the results of the thesis could be used to develop the emergency clinic of the new Siltasairaala hospital.</p> <p>The project was conducted as a literature review by exploring the earlier researches on the subject and making conclusions based on those researches to improve the quality of treatment. The information search was made by using the databases of PubMed, Cinahl, Medline and Medic, and by doing manual search from the magazines of nursing science. Based on the found material was concluded, that there is relatively small amount of Finnish research on the subject, and for that some international researches were selected to the content analysis in addition to the domestic research. In the content analysis, there was nine (9) researches. The content analysis was realized deductively alias theory-based, Helena Leino-Kilpi's slightly modified scale of HYVÄ HOITO was used as the directive theory.</p> <p>The essential results showed that the quality of the treatment was generally good, but there were targets for improvement. The most problematic were guidance and patient encounters. The quality of guidance changed too much and there was not enough written material available for the needs of the patients. The patient encounter depended entirely of the nurse. Depending on the nurse the emotional life of the patient was considered differently and sometimes the problems of the patient were encountered and not the patient as a person.</p> <p>A development proposal based on the results of the thesis is that the patients' experiences of the treatment's quality should still be researched, also in others than the emergency clinic environment. Attention should especially be paid on guidance and the patient encounter. The development of the quality of treatment is a continuing process, the research related to the topic should be done regularly, so that the information is up to date.</p>	
Keywords	emergency department, patient experience, quality of care, literature review

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Hoidon laatu	2
2.1	Päivystyshoitotyö	2
2.2	Hoidon laadun arviointi	4
2.3	HYVÄ HOITO -mittari	5
2.3.1	Hoitavan henkilön ominaisuudet	6
2.3.2	Hoitoon liittyvät tehtävään ja ihmiseen suuntautuneet toiminnot	6
2.3.3	Hoitoympäristö	8
2.4	Hoitotyön etiikka	9
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	10
4	Työtapa ja menetelmät	11
4.1	Kirjallisuuskatsaus	11
4.2	Tiedonhakuprosessin kuvaus	12
4.3	Valintamenettely	12
4.4	Aineiston kuvailu	14
4.5	Sisällönanalyysi	15
5	Tulokset	16
5.1	Kokemukset hoitavan henkilön ominaisuuksista	17
5.1.1	Ammatillisuus	18
5.1.2	Hoitavan henkilön luonteen piirteet	20
5.1.3	Käytös potilasta kohtaan	20
5.2	Kokemukset ohjauksesta	22
5.2.1	Informaation tarjonta sairaalassa oloon liittyvissä asioissa	23
5.2.2	Ohjaus ja neuvonta suullisesti hoidon aikana	23
5.2.3	Kokemukset ohjauksesta	25
5.3	Kokemukset fyysisestä hoitoympäristöstä	26
5.3.1	Tilat ja välineet	26
5.3.2	Viihtyvyys	27
6	Pohdinta	28
6.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	28
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	32

6.3	Opinnäytetyö oppimisprosessina	34
6.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	35
	Lähteet	36
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakutaulukko	
	Liite 2. Sisällönanalyysissä käytetyt tutkimukset	

1 Johdanto

Potilaiden kokemukset hoidon laadusta on tärkeä tekijä, kun hoitotyötä pyritään kehittämään tulevaisuudessa entistä paremmaksi. Tänä päivänä ihmiset jakavat kokemuksiaan saamastaan hoidosta avoimesti esimerkiksi internetissä tai keskustelupalstoilla ja palautteen antamisessa käytetään toisinaan hyvin karkeaakin kieltä. Hoitotyön laadun kehittäminen onkin tärkeää, jotta terveydenhuoltopalvelut säilyttävät ajantasaisuutensa ja voidaan taata hyvä hoidon laatu.

Opinnäytetyön aiheena on kuvata potilaiden kokemuksia hoidon laadusta päivystyksessä. Opinnäytetyö on osa Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin eli HUS:n Siltasairaala rakennushanketta. Aihe on ajankohtainen, sillä nykyiset tilat sekä Töölön sairaalassa että Syöpätautien klinikalla ovat huonokuntoisia eivätkä ne vastaa nykyisiin hoitotyön tarpeisiin. Uusi Siltasairaala korvaa Töölön sairaalassa sijaitsevia toimintoja, joista HUS on päättänyt luopua ja osan Syöpätautien klinikan toiminnoista. Varsinainen rakennustyö on suunniteltu alkavaksi vuonna 2018, ja uusi sairaalarakennus otetaan suunnitelmien mukaan käyttöön vuonna 2022. Uudisrakennuksen nimeksi tulee Siltasairaala. (Siltasairaala, uudisrakennus trauma- ja syöpäkeskuksille 2015.)

Meilahden sairaala-alue täydentyy uuden rakennuksen myötä tulevaisuuden potilaiden korkeatasoiseksi, kehittyväksi ja kilpailukykyiseksi erikoissairaanhoidon palvelukokonaisuudeksi (Pajarinen 2015).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla millaisia kokemuksia potilailla on hoidon laadusta päivystyksessä. Hoidon laadun arvioinnissa on käytetty pohjana Helena Leino-Kilven HYVÄ HOITO -mittaria, osa-alueiksi on valittu fyysinen hoitoympäristö, hoitavan henkilön ominaisuudet ja ohjaus. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää uuden Siltasairaalan päivystyksen laatua koskien edellä mainittuja osa-alueita. Opinnäytetyön tutkimusongelmina ovat potilaiden kokemukset hoitavan henkilön ominaisuuksista, ohjauksesta sekä fyysisestä hoitoympäristöstä päivystyksessä. (Leino-Kilpi – Walta – Helenius – Vuorenheimo – Välimäki 1996: 99.)

Tiedonhaun aikana huomattiin, että kotimaisia tutkimuksia aiheesta on suhteellisen vähän. Sisällönanalyysiin valikoituikin vain neljä kotimaista tutkimusta. Kansainvälisiä tutkimuksia valittiin viisi. Tiedonhaku tehtiin tietokantojen ja manuaalisen haun keinoin. Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että potilaat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä hoidon

laatuun päivystyksessä, eniten kehittämistä vaatii kuitenkin ohjaus ja potilaan kohtaaminen. Aiemmat tutkimustulokset osoittavat myös, että potilaat olivat tyytyväisiä sekä hoitoon että kohteluun. Eniten tyytyväisiä potilaat olivat hoitajien toimintaan, vähiten tyytyväisiä oltiin puolestaan tiedonsaantiin ja ohjaukseen. (Renholm – Suominen 2000: 112–113.) Kehittämisehdotuksena esitetäänkin, että edelleen tutkittaisiin potilaiden kokemuksia hoidon laadusta, erityisesti ohjauksen ja potilaan kohtaamisen näkökulmasta. Myös muista ympäristöistä, kuin päivystyksestä, olisi tärkeää saada kotimaista tutkimustulosta hoidon laatua koskien.

2 Hoidon laatu

2.1 Päivystyshoitotyö

Opinnäytetyössä puhutaan päivystyshoitotyöstä, sillä tarkoitetaan vamman, äkillisen sairastumisen tai kroonisen sairauden vaikeutumisen vaatimaa välitöntä arviointia tai hoitoa. Päivystyksessä tulee olla tarpeeksi osaamista ja hyvät voimavarat, jotta hoidon laatu ja potilasturvallisuus eivät vaarannu. (Koivunen – Harju – Hakala – Hänti – Välimäki 2014: 277.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan kunnilla on velvollisuus järjestää kiireellistä hoitoa saatavaksi joko kiireettömän hoidon yhteyteen tai erilliseen omaan yksikköön. Päivystys voi olla yhteispäivystys, jossa on saatavilla sekä erikoissairaanhoidon päivystyspalveluita että perusterveydenhoidon päivystyspalveluita. Päivystykset voivat olla myös erikseen. Päivystyksessä on oltava paikalla henkilökuntaa, joka on perehtynyt alueen olosuhteisiin ja joka on riittävän koulutettua ja kokenutta. Päivystyksessä on oltava paikalla myös kuntaan virkasuhteessa oleva lääkäri, joka voi tehdä virkasuhteen vaativia päätöksiä. Päivystyksessä on oltava riittävät laitteet ja osaaminen tarvittaviin päivystystoimenpiteisiin, esimerkiksi riittävät kuvantamisvälineet ja laboratorioympäristö potilaan hoidon tarpeen arvioimiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014 § 2-§ 7.) Päivystyshoitotyö on vaativaa ja edellyttää työntekijöiltä paljon erilaista tietoa ja taitoa, jotta hoitotyötä voidaan toteuttaa turvallisesti ja potilaslähtöisesti.

Sanaa potilas käytetään opinnäytetyössä jatkossa ja sillä tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää terveyden- tai sairaanhoitopalveluja (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 2). Potilas on henkilö, jonka terveydentilassa

tai sairaudessa on tapahtunut muutos ja tämän vuoksi kääntyy sairaanhoidon puoleen saadakseen apua tilaansa. Henkilö voi turvautua terveydenhuollon ammattilaiseen saadakseen helpotuksen tai vahvistuksen epäilemälleen ongelmalle. (Jahren Kristoffersen – Nortvedt – Skaug 2006: 14.) Päivystyksessä ei ole tarkoitus ratkaista kaikkia potilaan lääketieteellisiä tai sosiaalisia ongelmia, vaan pureutua äkillisesti alkaneeseen ongelmaan ja järjestää siihen tarkoitukseen sopiva jatkohoito (Koivunen ym. 2014: 277). Potilaan päivystykseen tulosyys vaikuttaa siihen, mitkä ovat potilaiden kokemukset päivystyksestä. Onkin tärkeää huomioida potilaan näkemys siitä, miten vakava tai hengenvaarallinen hänen tilansa on. Potilaiden kiireellisyyttä arvioitaessa, annetaan etusija heille, jotka tarvitsevat hoitoa pikimmiten. Samalla on kuitenkin varmistettava, että vähemmän kiireelliset potilaat ymmärtävät tilanteen. Potilaiden tyytyväisyyteen päivystyshoitotyössä vaikuttaa myös fyysinen ympäristö. (Kiura 2012: 5.)

Päivystykseen saapuvan hoidon tarve tulee määritellä vuorokauden sisällä siitä, kun hoidon tarve on ilmaantunut tai tullut päivystyksen tietoon. Hoitoon pääsy riippuu sairauden kiireellisyydestä ja tapaturman luonteesta sekä päivystyksellisyydestä. (Koponen – Silanpää 2005: 18–21.) Odottamaton sairastuminen tai tapaturman uhriksi joutuminen ovat usein syynä siihen, että hakeudutaan päivystykseen. Äkillinen ja voimakas rintakipu, hengenahdistus, kova vatsakipu, hellittämätön päänsärky, tajuttomuus, hukkuminen ja pahoinpitely voivat olla myös syitä joiden vuoksi ihminen hakeutuu tai joutuu päivystykseen. Yllättävä päivystykseen joutuminen on potilaalle sekä omaisille kriisi, joka herättää paljon erilaisia tunteita, muun muassa pelkoa, ahdistusta ja avuttomuutta. Päivystykseen joutuminen aiheuttaa potilaalle menetyksen liittyen itsekunnioitukseen ja itsemääräämisoikeuteen, häneltä viedään omaisuus ja omien vaatteiden tilalle annetaan persoonattomat potilasvaatteet. Hänestä tulee yksi monien joukossa. Potilaan omaan tilaan puututaan, häntä kosketellaan ja hänelle tehdään erilaisia tutkimuksia sekä kokeita. (Hietanen – Pitkänen – Vilmi 1995: 16–17.) Päivystyksessä oleva potilas on riippuvainen ympärillä olevasta hoitohenkilökunnasta, usein potilas taantuu ja pyytää lupaa jopa wc:ssä käymiseen. Normaalioloissa hän ei kysyisi lupaa henkilökohtaisten tarpeidensa täyttämiseksi, mutta oudossa ympäristössä hän saattaa olla epävarma oikeuksistaan.

Päivystyksessä työskentelevän henkilökunnan työympäristö on vaativa ja henkiset paineet saattavat toisinaan kasautua suuriksi. Työ vaatii henkilökohtaisen osaamisen jatkuvaa päivittämistä ja ylläpitämistä. Työn vaatimukset ovat suuria ja päätöksiä on osattava tehdä nopeasti puutteellisenkin taustatiedon voimin. Työajat ovat epäsäännölliset, sillä päivystys palvelee ympärivuorokautisesti vuoden jokaisena päivänä, jolloin työntekijän

oikeudet esimerkiksi pyhäpäivien vapaisiin ovat häilyvät. Työ päivystyksessä vaatii laaja-alaista osaamista monesta eri osa-alueesta. (Koponen – Sillanpää 2005: 20.) Päivystyksessä korostuu moniammatillisuus, työntekijöiden olisikin tärkeä tukea toisiaan ja jakaa kokemuksia ja ammattitaitoa keskenään (Hietanen ym. 1995: 16–19).

Päivystyksessä hoidon tärkeimpiä tavoitteita ovat potilaan hoidon tarpeen määrittäminen, diagnoosin tekeminen, hoidon aloittaminen ja mahdollisesta jatkohoidosta päättäminen. Hoitoprosessi etenee tavallisesti usean vaiheen kautta, joita ovat: ennakkoilmoitus, potilaan saapuminen, vastaanottaminen, tilan arviointi, sijoittaminen, tutkiminen, haastattelu, päätös hoidosta ja tutkimuksista, hoidon toteutus ja päätös jatkohoidosta. Vaiheet tapahtuvat lomittain ja usein niitä on vaikea erotella toisistaan. Jokaiseen vaiheeseen liittyy esimerkiksi päätöksentekotilanteita, joissa potilaan tarpeita määritellään, suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan. (Koponen – Sillanpää 2005: 71.)

Päivystyksessä kiireellistä hoitoa tarvitsevaa potilasta on hoidettava tavalla, joka pelastaa hänen henkensä tai torjuu terveyttä uhkaavan vaaran. Hoitotahdon vastaista hoitoa ei kuitenkaan saa toteuttaa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 6, § 8.) Hoitotahdolla tarkoitetaan ihmisen tahdon ilmaisua mahdollisesta tulevasta hoidosta siltä varalta, että ihminen ei pysty itse tekemään ratkaisuja hoidostaan tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun vastaaman syyn takia (Halila – Mustajoki 2016).

2.2 Hoidon laadun arviointi

Laadukkaasta hoitotyöstä käytetään nimitystä hyvä hoito. Hoidon laadun arvioitsijana voi toimia esimerkiksi asiakas tai potilas, joka tarvitsee terveydenhuollonpalveluja. Hoidon laadun kehittämiseksi on todella tärkeää saada palautetta palvelujen käyttäjiltä, eli potilailta tai asiakkailta. (Leino-Kilpi – Vuorenheimo 1992: 1.) Laadun arviointia varten on kehitetty erilaisia mittareita, esimerkiksi Helena Leino-Kilven kehittämä HYVÄ HOITO -mittari. Mittareiden avulla arvioidaan yhtä tai useampaa hoidon laatuun vaikuttavaa osatekijää tai niiden yhdistelmiä, esimerkiksi hoitajan toimintaa tai potilaan toimintaa. (Leino-Kilpi – Vuorenheimo 1992: 6.)

Laatu ja tyytyväisyys ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa ja potilastyytyväisyys onkin yksi yleisimmistä kriteereistä kun mitataan hoidon laatua (Eloranta - Katajisto – Leino-Kilpi 2008: 116). Potilastyytyväisyyttä voidaankin pitää osana hoidon laadun arviointia. Niiden

ajatellaan olevan yhteydessä toisiinsa sen vuoksi, että potilastyytyväisyydellä koetaan olevan olennainen arvo hoidon laadun arvioinnin yhteydessä. Tässä tapauksessa on kuitenkin otettava huomioon, että potilastyytyväisyyteen vaikuttaa monet tekijät, esimerkiksi pitkät odotusajat tai potilaan odotukset saamastaan hoidosta, johon hoitaja ei pysty vaikuttamaan. Laadun arvioinnissa tulisi ottaa huomioon yksittäisiä, herkempiä muuttujia, joiden avulla saataisiin pätevämpiä tuloksia. (Farley ym. 2014: 354.) Aiemmista tutkimuksista käy ilmi, että potilaat arvioivat hoidon laadun hyväksi. Potilaat kokevat, että tärkein tyytyväisyyden osa-alue on vuorovaikutuksen laatu, johon kuuluu potilaiden yksilöllinen huomioiminen sekä miellyttävä ja kunnioittava kohtelu. (Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2008: 116.) Laadun arvioinnin perusteena voidaan ajatella olevan hoitotyön kehittäminen.

2.3 HYVÄ HOITO -mittari

HYVÄ HOITO -mittari on kehitetty mittaamaan sairaalapotilaan hoidon laatua. Mittari on kehitetty osana laajempaa Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen aloittamaa hanketta, jonka tarkoituksena on ollut kehittää klinisen hoidon laatua ja sitä mittaavia välineitä. (Leino-Kilpi ym. 1996: 1–2.)

HYVÄ HOITO -mittarin sisältämät hoidon laadun arvioinnin kategoriat ovat; hoitavan henkilön ominaisuudet, hoitotoiminnot, hoidon edellytykset, hoidon ympäristö, hoitoprosessin eteneminen ja hallintastrategiat. Mittarin reliabiliteettia eli kykyä tuottaa ei-sattu-manvaraisia tuloksia, on arvioitu mm. Cronbachin alfa-kertoimella, jolla on saatu tulokseksi 0.8, jota pidetään tavoiteltavana arvona. Validiteettia eli sitä, että mittari mittaa asioita, joihin se on tarkoitettu, on arvioitu kiinnittämällä huomiota erityisesti sisältövaliditeettiin, jota tukee, että mittarin sisältö perustuu kahteen aiempaan tutkimushankkeeseen; Leino-Kilven hoitotyöntekijöiden ja Leino-Kilven ja Vuorenheimon sairaalapotilaiden hyvän hoidon kuvailulle. Muiden potilasryhmien keskuudessa tehtyjen tutkimusten avulla voidaan edelleen osoittaa, että mittari sisältää terveystalvelujen käyttäjille hoidon laadun kannalta olennaisia ja tärkeitä kategorioita. (Leino-Kilpi ym. 1996: 99, 163–168.) Hoidon laatu on käsitteenä niin laaja, joten opinnäytetyön näkökulmaa on rajattu. Opinnäytetyössä on valittu arvioitavaksi kolme eri osa-aluetta, jotka ovat hoitavan henkilön ominaisuudet, hoitoon liittyvät tehtävään ja ihmiseen suuntautuneet toiminnot sekä hoitoympäristö.

2.3.1 Hoitavan henkilön ominaisuudet

Opinnäytetyössä yhtenä hoidon laadun arvioinnin kohteena ovat hoitavan henkilön ominaisuudet, joita arvioidaan inhimillisyyden, teknisyyden, älykkyyden, joustavuuden ja huumorintajun, luotettavuuden ja oikeudenmukaisuuden sekä ulkoisen olemuksen avulla. HYVÄ HOITO -mittarilla tehdyn tutkimuksen mukaan hoitavan henkilön ominaisuudet ovat potilaille tärkeitä, erityisesti huolellisuus, tarkkuus, ystävällisyys ja tasapuolisuus, kiinnostuneisuus potilaista sekä rehellisyys ja, että hoitava henkilö vaikuttaa luotettavalta. (Leino-Kilpi ym. 1996: 109.)

Hoitotyössä tärkeimpiä osa-alueita ovat kommunikaatio ja vuorovaikutus, sillä vuorovaikutusta tapahtuu jokaisessa hoitotilanteessa. Hyvän hoitamisen ydin onkin potilaan ja hoitajan välisessä suhteessa. (Renholm – Suominen 2000: 112.) Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde perustuu keskinäiseen luottamukseen ja kunnioitukseen. Hoitaja-potilas-vuorovaikutussuhde erottuu tavallisista ihmisten välisistä suhteista sen vuoksi, että potilaalle mahdollisesti ennestään tuntematon hoitaja joutuu käsittelemään potilaan henkilökohtaisia ja intiimejä asioita. Hoitaja-potilassuhteessa eroa tavalliseen vuorovaikutussuhteeseen on myös, että tässä suhteessa on apua tarjoavan ja tarvitsevan välinen valtasuhde. Potilas on tietyllä tavalla riippuvainen hoitajan antamasta avusta ja tuesta. (Leino-Kilpi – Välimäki 2012: 14.) Aiempien tutkimusten mukaan keskustelut hoitohenkilökunnan kanssa on koettu hyviksi ja ajattelemisen aihetta antaviksi. Positiivisena pidettiin sitä, että hoitohenkilökunta lähestyi oma-aloitteisesti potilasta ja aloitti keskustelun ongelmalliseksi koetusta asiasta, riippuen kulloinkin potilaan tilanteesta. (Koi-vunen ym. 2014: 281–282.) Potilaat ovat kokeneet myös, että henkilöstön ammatillisuus ja henkilöstön yhteistyö ovat toteutuneet parhaiten. Huonoiten puolestaan oli toteutunut kipujen ja pelkojen lievittäminen. (Mäntynen – Vehviläinen-Julkunen – Miettinen – Kvist 2015: 23.) Päivystyshoitotyössä potilaan ja hoitajan välinen valtasuhde vielä korostuu, sillä päivystyksellinen hoito on akuuttiin tarpeeseen. Potilaan tilasta riippuen hän saattaa olla täysin tietämätön siitä, kuka häntä on hoitanut ja kuinka häntä on kohdeltu, esimerkiksi tajuttomuuden aikana.

2.3.2 Hoitoon liittyvät tehtävään ja ihmiseen suuntautuneet toiminnot

Hoitotoiminnot, eli hoitoon liittyvät tehtävään ja ihmiseen suuntautuneet toiminnot ovat yksi HYVÄ HOITO -mittarin osa-alue. Opinnäytetyössä näkökulmaa on rajattu ja osa-

alueessa tarkastellaan ohjausta, johon lukeutuu toimenpiteistä ilmoittaminen ja niiden selittäminen, sekä potilaan informointi ja ajan tasalla pitäminen. Edellä mainitut liittyvät tehtävään suuntautuneisiin toimintoihin. (Leino-Kilpi ym. 1996: 111–113.)

Ohjaus tässä opinnäytetyössä käsittää potilaan ohjauksen koko hoitoprosessin ajan sekä tiedonantamisen hoidon etenemisestä ja tarvittavista toimenpiteistä sekä hoitomuodoista. Ohjauksella tarkoitetaan vuorovaikutuksellista ja ammatillista toimintaa. Sillä autetaan ja tuetaan potilasta käsittelemään tilannetta, oppimaan erilaisia taitoja ja annetaan psykososiaalista tukea. (Ikonen – Paavilainen – Kaunonen 2016: 98.) Ohjaus on yksi hoitotyön auttamismenetelmistä, jossa hoitaja tukee potilasta vuorovaikutuksen avulla muun muassa toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisyyden ylläpitämisessä. Ohjaus perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön ja ammattietiikkaan sekä erilaisiin suosituksiin alalla. (Eloranta – Virkki 2011: 7–11.)

Ohjaaminen ja tiedon antaminen potilaalle siitä, mitä tehdään ja mitä tapahtuu seuraavaksi auttavat potilasta hahmottamaan omaa tilannettaan. Päivystyksessä korostuvat hoitotyön auttamismenetelmistä muun muassa kivun lievittäminen, potilaan olon tekeminen mukavaksi, kuunteleminen, toiveiden huomioiminen, ohjaaminen, neuvonta, läheisten läsnäolon mahdollistaminen ja heidän huolensa lievittäminen. (Koponen – Sillanpää 2005: 72.) Potilaat kokevat tarvitsevansa sekä suullista että kirjallista ohjausta. Potilaat ovatkin tyytyväisimpiä ohjaukseen saadessaan suullisen ohjauksen lisäksi kirjallista ohjausmateriaalia. Ohjaukselta toivotaan myös, että se on selkeää ja ymmärrettävää eikä lääketieteellisiä termejä käytetä. Kirjallinen ohjausmateriaali edistää potilaiden luottamusta kotona selviytymisessä. (Salminen-Tuomaala ym. 2010: 24–25.)

Ohjaussuhdetta rakennetaan vuorovaikutussuhteen avulla, joten on tärkeää, että potilas ja hoitaja ymmärtävät samalla tavalla keskustelun aiheet ja tavoitteet, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen. Yksi ohjaukseen vaikuttava tekijä on sekä hoitajan että potilaan taustatekijät ja niiden tunnistaminen. Hyvän ohjaussuhteen perusta on, että hoitaja ja potilas kunnioittavat toisiaan ja toistensa asiantuntemusta. (Kyngäs ym. 2007: 38–39.) Hyvän ohjauksen toteuttamiseksi on tärkeää tietää, mitä potilas jo tietää, mitä hänen täytyy saada tietää, mikä on hänelle hyvä tapa omaksua uutta tietoa ja mitä asioita hän haluaa tietää. Tärkeää on myös osata ajoittaa tiedonanto oikeaan tilanteeseen. Koivunen ym. (2014: 281) kuvaavat tutkimuksessaan, että potilaat pitävät merkittävänä sitä, että hoitajat ottavat tärkeitä asioita puheeksi oma-aloitteisesti ja lähes-

tyvät potilaita rohkeasti keskustelun aikaansaamiseksi. Potilasohjauksen malli on kehitelty päivystyshoitoon tulevan potilaan ohjaukseen, siihen on eritelty kolme vaihetta: sairaalaan tulovaihe, osastovaihe ja sairaalasta lähtövaihe. Ohjaaminen on tärkeässä asemassa päivystyshoitotyössä, sillä tilanteet ovat usein yllättäviä ja potilaat ovat hämmästyneitä ja jopa pelokkaita tilanteissa. Ohjausta vaikeuttaa, että tilanteet ovat nopeasti muuttuvia ja akuutimpia tapauksia saattaa tulla edellisten ohi. (Kyngäs ym. 2007: 47; Eloranta – Virkki 2011: 39.)

Monissa hoidon laatua käsittelevissä tutkimuksissa yhtenä osa-alueena on odotusaika. Odotusaika koskee hoidon aloittamista, odottamista toimenpiteisiin kuten röntgenkuvaukseen tai laboratorioon, odottamista osastopaikalle siirtymisessä. Päivystyspotilaan hoitoon kuuluu usein runsaasti odottamista sairauden tai vamman vaikeudesta riippuen. Odottaminen on yksi tekijä, joka vaikuttaa potilastyytyväisyyteen ja josta on usein julkisesti puhetta. Nopea hoidon tarpeen arvion tekeminen ja laadukas potilaan kohtaaminen vastaanottotiskillä helpottaa potilaan odotusajan sietoa. Tärkeä hoidon laatua parantava tekijä on se, että odotusajasta annetaan totuudenmukainen arvio, jolloin potilaalla on todellinen ymmärrys tilanteesta ja sen etenemisestä. (Lima ym. 2015: 590–591; Koivunen ym. 2014: 277.) Potilaat kaipaavat usein myös konkreettista tietoa siitä, mitä he voivat tehdä ja miten toimia odotusaikana. Käy ilmi, että potilaat ovat kuitenkin saaneet riittävästi tietoa siitä, saavatko he muun muassa syödä, juoda ja liikkua vapaasti päivystyksessä odotusaikanaan. (Salminen-Tuomaala ym. 2010: 24.)

2.3.3 Hoitoympäristö

Ympäristö voidaan jakaa teoreettisesti eri osa-alueisiin, joita ovat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ympäristö. Käytännössä näitä osa-alueita on vaikea erottaa toisistaan ja osa-alueet vaikuttavat toisiinsa. (Karhu-Hämäläinen – Eriksson 2001: 250.) Hoitoympäristöllä tarkoitetaan ympäristöä, jossa hoitotyö tapahtuu. Se voi olla myös hoitamisen väline, joka auttaa pääsemään hyvään hoitotulokseen. (Jokinen 1995: 9.) Hoitoympäristö on käsitteenä laaja, joten opinnäytetyössä aihetta rajattiin koskemaan vain fyysistä hoitoympäristöä ja sen vaikutuksia hoidon laatuun.

Fyysinen ympäristö on lähiympäristö, jossa ihminen elää ja on. Jokainen ihminen kokee ympäristön eri tavalla ja sillä on jokaiseen erilainen vaikutus. (Eriksson ym. 2012:78.) Fyysinen hoitoympäristö ymmärretään useimmiten aineellisena ja esineellisenä. Tämä

kattaa muun muassa tilat, niiden sijainnin ja järjestelyn sekä sisustuselementit. Fyysillä hoitoympäristöllä on vaikutusta elämysten syntymiseen, potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutussuhteeseen ja potilaan toimintaan. (Karhu-Hämäläinen – Eriksson 2001: 250.) Tutkimuksissa, joissa mitataan potilaiden kokemuksia fyysisestä ympäristöstä, tulee esille ympäristön rauhallisuus, melu aiheuttaa usein tyytymättömyyttä. Tilojen ahtaus ja henkilökohtaisten tilojen vähyys ovat myös tekijöitä jotka vaikuttavat potilaiden kokemuksiin hoidon laadusta. Potilashuoneiden koko, siisteys ja viihtyvyys ovat tekijöitä jotka vaikuttavat tyytyväisyyteen. Esiin nousi myös, että hoitohenkilökunnan väliset keskustelut kansliatiloissa kuuluivat liian selkeästi potilastiloihin. Näin ollen potilaat kokivat, että salassapitovelvollisuus ei toteutunut täydellisesti. (Leino-Kilpi – Vuoreheimo 1992: 23–24; Koivunen ym. 2014: 282.) Fyysinen hoitoympäristö voi edistää tai rajoittaa potilaan hoitoa ja toimintaa, sillä on myös vaikutusta identiteettiin potilaan sosiaaliseen rooliin (Jokinen 1995: 10).

Fyysinen hoitoympäristö voidaan jakaa tunnetekijöihin, fyysisiin tekijöihin sekä toiminnallisiin tekijöihin. Hoitoympäristön tunnetekijöillä tarkoitetaan ympäristön kodikkuutta, viihtyvyyttä, potilaiden yksityisyyttä ja turvallisuutta. Fyysiset tekijät kattavat muun muassa ilman raikkauden, meluttomuuden, hiljaisuuden ja konkreettiset esineet. Toiminnallisilla tekijöillä tarkoitetaan puolestaan toimimista ja sen mahdollistamista, esimerkiksi peseytymistä, ruokailua, lepoa ja liikkumista. Tunnetekijöistä päälimmäisenä nousi esille kodinomaisuus ja yksityisyys. Hoitoympäristöön kaivataan lisää huonekaluja ja sisustuselementtejä lisäämään viihtyvyyttä. Sairaaloiden äänieristys on usein puutteellista, joten se vaikuttaa potilaiden yksityisyyteen ja mahdollisuuteen levätä. Toiminnallisista tekijöistä tärkeimpiä ovat potilaan liikkuminen, jossa oleellista on omatoimisuus ja turvallisuus. (Karhu-Hämäläinen – Eriksson 2001: 250.)

Hoitoympäristön fyysiset puitteet ovat yksi opinnäytetyön tutkimusongelmista, Leino-Kilven ym. (1996:117) mukaan hoitoympäristön fyysisistä tekijöistä hyvin tärkeänä potilaat pitävät turvallisuutta ja siisteyttä. Näiden lisäksi fyysisessä hoitoympäristössä arvioidaan tilavuutta, rauhallisuutta, ajanvietettä ja lämpötilaa.

2.4 Hoitotyön etiikka

Hoitaminen on inhimillistä toimintaa, jonka avulla pyritään saavuttamaan hyvä, eli terveys. Hoitotieteeseen perustuvaa ammatillista hoitoa kutsutaan hoitotyöksi. (Leino-Kilpi – Välimäki 2012: 23.) Hoidon lähtökohtana on aina potilaan hoitotyön tarve. Hoitotyötä

on kuvattu toiminnalliseksi ammatiksi, johon koulutetaan ammattilaisia toteuttamaan määrättyjä yhteiskunnallisia tehtäviä. Hoitotyöhön tiedonalana luetaan kolme osatekijää; hoitotyön kohde eli tiedonalan asiasisältö, hoitotyön sisältö eli ne arvot, tiedot ja taidot, jotka ovat olennaisen tärkeässä osassa hoitotyössä sekä hoitotyön tehtävät, eli toimenpiteet, joiden alaisena sairaudesta kärsivät ihmiset ovat. (Jahren Kristoffersen ym. 2006:15.)

Hoitotyön perustehtävä on tukea ihmistä hänen oman terveytensä ylläpitämisessä ja saavuttamisessa. Terveyden määritteleminen perustuu ihmisen omiin arvoihin, henkilökohtaiseen tietoon ja kokemuksiin. (Leino-Kilpi – Välimäki 2012: 24–25.) Hoitotyön keskiössä on sairaanhoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde ja yhteistyö. Käytännönläheisenä ammattina hoitotyö käsittää osaamis- ja pätevyysalueet, jotka yhdessä muodostavat sairaanhoitajan toiminta- ja vastuualueen. Hoitotyö on jatkuvasti kehittyvä ammatti, jolloin ammattilaiselta, esimerkiksi sairaanhoitajalta vaaditaan jatkuvaa oman osaamisensa kehittämistä ja kertaamista. (Jahren Kristoffersen ym. 2006: 17.)

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoidonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3.)

Hoitotyöhön liittyvänä lakiin pohjautuvana velvollisuutena on, että ammatillisuuden on toteuduttava aina työtä tehdessä ja toimittaessa on harkittava onko toiminta moraalisesti ja eettisesti oikein ja hyväksyttävää. On osattava ajatella kriittisesti ja harkita toimien oikeellisuutta. Hoitotyön ammattilainen on aina vastuussa potilaistaan ja vastuussa siitä, että toimii ammatillisesti oikein. Hoitotyö perustuu toisesta välittämiseen, joten hoitajan on toimittava niin, että potilas kokee tulleen huomioduksi ja välitetyksi. Hoitotyötä toteuttaessaan hoitajan on suljettava omat uskonnolliset tai muut aatteensa ja toimittava niin kuin länsimainen lääketiede vaatii. Hoitajan on toimittava potilaan puolestapuhujana, joka saattaa vaikeutua, jos hoitaja joutuu huolehtimaan esimerkiksi oman työsuhteen jatkosta. Hoitajana on osattava tunnistaa omat jaksamista rajoittavat tekijät ja huolehtia työhyvinvoinnistaan. (Moss ym. 2014: 276–277; Leino-Kilpi – Välimäki 2012: 18–19.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyö kuuluu Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiriin eli HUS:n Siltasairaala rakennushankkeeseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsauksen

avulla millaisia kokemuksia potilailla on hoidon laadusta päivystyksessä. Hoidon laadun tarkkailu on rajattu koskemaan fyysistä hoitoympäristöä, hoitavan henkilön ominaisuuksia ja ohjausta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää uuden Siltasairaalan päivystyksen laatua koskien edellä mainittuja osa-alueita.

Tässä opinnäytetyössä etsitään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

Millaisia kokemuksia potilailla on hoitavan henkilön ominaisuuksista päivystyksessä?

Millaisia kokemuksia potilailla on ohjauksesta päivystyksessä?

Millaisia kokemuksia potilailla on fyysisestä hoitoympäristöstä päivystyksessä?

4 Työtapa ja menetelmät

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksessa käydään analysoiden läpi tietyn aihepiirin aikaisempia tutkimuksia ja niiden tuloksia. Kirjallisuuskatsauksessa arvioidaan, vertaillaan ja luokitellaan olennaisia tutkimustuloksia ja peilataan niitä omaan tutkimusaiheeseen. Kirjallisuuskatsauksen avulla esitetään oman tutkimuksen lukijoille aikaisempia tutkimuksia, käsitteistöä ja tutkimusongelmia, jotta uuden tutkimuksen merkitystä suhteessa aiempiin tutkimuksiin voi arvioida. (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 7.)

Kirjallisuuskatsauksen tärkein tehtävä on kehittää tieteenalan teoretiedon ymmärtämistä ja sen merkitys tutkimustyössä on kiistaton. Sitä voidaan pitää erityisenä systemaattisena tutkimusmenetelmänä, joka perustuu prosessimalliseen tieteelliseen toimintaan. Sen tulee olla toistettavissa, kuten muidenkin tutkimusten. Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta tai -kokonaisuudesta ja sen tehtävänä voi olla ilmentää ristiriitaisuuksia tai ongelmia valitussa kokonaisuudessa. (Stolt ym. 2016: 7.)

Kirjallisuuskatsauksia on tyypitelty ja päätyypit voidaan luokitella kolmeen eri tyyppiin; kuvailevat katsaukset, systemaattiset katsaukset ja määrällinen sekä laadullinen meta-analyysi. Opinnäytetyön kirjallisuuskatsaustyyppi on sovellettu systemaattinen kirjalli-

suuskatsaus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus pyrkii jo olemassa olevan tutkimuskirjallisuuden systemaattiseen löytämiseen, laadun tarkasteluun sekä analyysiin ja synteesiin. Systemaattisen katsauksen olennaisin piirre on vastauksen löytäminen tarkasti aseteltuun tutkimuskysymykseen, yhdistelemällä eri tutkimustuloksia käytännön hoitotyön perustaksi. Katsauksen lähtökohtana on tarkasti aseteltu tutkimuskysymys ja tarkasti valitut menetelmät sekä noudatetut menettelytavat ja kattavasti tehty aiempien tutkimustulosten haku. (Stolt ym. 2016: 8–14.) Systemaattista kirjallisuuskatsausta pidetään sekundaarisena tutkimuksena jo olemassa oleviin, tarkasti rajattuihin ja valikoituihin tutkimuksiin. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kohdistuu vain tiettyinä ajankohtana tehtyihin tutkimuksiin ja on sen vuoksi uusittava säännöllisesti tulosten paikkaansa pitävyyden ylläpitämiseksi. (Johansson – Axelin – Stolt – Ääri 2007: 4.)

4.2 Tiedonhakuprosessin kuvaus

Työstäminen aloitettiin miellekartan avulla miettimällä, mitkä sanat ovat keskiössä tiedonhaussa ja millä tiedonhakutulokset saatiin rajattua tarpeeksi pieneksi mutta kattavaksi. Suomalaisesta sanasto- ja ontologiapalvelu Fintosta etsittiin synonyymejä miellekartan käsitteille, jotta saatiin tiedonhakuun sopivia termejä. Myöhemmin niitä hyödynnettiin tiivistelmää työstäessä.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku toteutettiin käyttämällä sekä kotimaista tietokantaa Mediciä että kansainvälisiä tietokantoja Cinahlia ja Medlinea sekä PubMedia. Lisäksi etsittiin koulun tietokantaa käyttäen aiheesta aiemmin tehtyjä opinnäytetöitä, jotta pystyttiin hahmottamaan asiasanojen käyttöä ja aiempia aiheentarkennuksia. Muutama tutkimus löytyi selatessa sisällönanalyysiin valittujen tutkimusten lähdeluetteloa sekä tietokannan ehdottamana aiempien tutkimusten perusteella.

4.3 Valintamenettely

Artikkelien määrää rajattaessa kehitettiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Sisäänottokriteerinä oli, että artikkeli käsitteli potilaiden näkökulmia hoidon laadusta päivystyksessä. Sisäänottokriteereinä olivat myös artikkelin tai tutkimuksen julkaisuvuosi ja tutkimuskysymyksiin vastaaminen. Poissulkukriteerinä oli, että artikkeli käsitteli hoitajan tai omaisen/läheisen näkökulmasta hoidon laatua päivystyksessä. Tiedonhaun ulkopuolelle jä-

tettiin myös lapsia koskevat tutkimukset, sillä niissä olisi pakostikin ilmennyt myös omaisen näkökulma hoidon laatuun. Sisäänotto- ja poissulkukriteereillä pyritään edelleen tarkentamaan opinnäytetyöhön hyväksyttävien tutkimusten seulaa. Niiden avulla tarkennetaan tekijöitä, joiden on täytyttävä tai joiden avulla tutkimus hylätään sisällönanalyysistä. (Salminen 2011: 10.)

Sisäänottokriteerit olivat:

- potilaan näkökulma
- julkaisuvuosi 2003–2016
- tieteellinen tutkimusartikkeli
- julkaisukieli on suomi tai englanti
- tutkimuskysymyksiin vastaaminen.

Poissulkukriteerit olivat:

- hoitajan tai omaisen/läheisen näkökulma
- lapsia koskevat tutkimukset
- ennen vuotta 2003 julkaistut tutkimukset
- julkaisukieli on muu kuin suomi tai englanti.

Ensimmäisiä hakuja tehtäessä tuloksia tuli tuhansia. Tulokset rajattiin koskemaan hoitotieteellisiä tutkimuksia viimeisen 13 vuoden ajalta. Kriteerien ja hakusanojen yhdistelmällä Cinahlista, PubMedista, Medlinesta ja Medicistä löytyi hyväksyttäviä tutkimusartikkeleita. Lisäksi selattiin manuaalisesti läpi Hoitotieteen, Tutkiva Hoitotyön sekä Sosiaali lääketieteellisen lehden sisällysluettelot viimeisen 13 vuoden ajalta. Näistä löytyi myös muutama hyväksyttävää artikkeli. Cinahlista ja Medicistä löytyi osittain päällekkäisiä tutkimuksia, joita löytyi myös manuaalisesti lehtiä läpi käydessä.

Löydetty tutkimukset poimittiin muiden hakutulosten joukosta selaamalla ensin kaikki haun tuottamien tutkimusten otsikot läpi. Näistä valittiin ne tutkimukset, jotka otsikollaan vastasivat eniten hakusanoihin. Seuraavaksi luettiin läpi otsikoiden perusteella valittujen tutkimusten tiivistelmät. Tiivistelmän avulla löytyi vastaus kysymykseen: vastaako tutkimus opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tiivistelmän perusteella jatkoon päässeet tutkimukset luettiin vielä kokonaisuudessaan läpi ja osa hylättiin sisällönanalyysistä vielä tässäkin vaiheessa. Tämän prosessin avulla valittiin sisällönanalyysissä käytetyt tutkimukset. Osa hakuprosessissa löydettyistä tutkimuksista hylättiin sisällönanalyysistä sen vuoksi, etteivät ne tarkasti vastanneet tutkimuskysymyksiin. Niitä kuitenkin hyödynnettiin

teoreettisessa viitekehyksessä, kun arvioitiin opinnäytetyön tarpeellisuutta ja aiemmin tehtyjen tutkimusten näkökulmia.

Opinnäytetyö on sovellettu systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa syvennetään tietoa päivystyshoitotyöstä ja perehdytään aiheeseen aiempien tutkimusten pohjalta sekä kuvataan aiempien tutkimusten tuloksia. Etsitään tietoa päivystyshoitotyön periaatteista ja mahdollisista ongelmista ja mietitään, kuinka näitä ongelmia voi vähentää tai ratkoa. Opinnäytetyön pääasiallinen näkökulma tulee olemaan potilaskokemukset päivystyksen hoidon laadusta, jolloin etsitään aikaisempia artikkeleita sekä tutkimuksia tähän aiheeseen liittyen ja tehdään niiden pohjalta yhteenveto.

4.4 Aineiston kuvailu

Hakuprosessin ja valintamenettelyn jälkeen tutkimusaineistoksi valikoitui yhdeksän tutkimusta. Joukkoon sisältyy niin kotimaisia kuin kansainvälisiäkin tutkimuksia. Neljä valituista tutkimuksista on suomalaisia, kaksi niistä on julkaistu *Hoitotiede*-lehdessä ja kaksi on pro gradu -tutkielmia. *Hoitotiede*-lehdessä julkaistussa Pellikan, Lukkarisen ja Isolan (2003) tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää yhteispäivystyksessä hoidettujen potilaiden käsityksiä hoitoprosessista ja hoitoon liittyvistä toiminnoista. Kvistin, Vehviläinen-Julkusen ja Kinnusen (2006) Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät -tutkimuksessa tarkoituksena oli selvittää kaikkien hoitoon osallistuvien henkilöiden käsityksiä hoidon laadusta. Saarisen (2007) pro graduissa selvitettiin hoidon laatua potilaan näkökulmasta ja tuotettiin tietoa päivystyshoitotyön laatuopista laadullisen tutkimuksen avulla. Kaartisen (2003) pro graduissa tarkoituksena oli selvittää potilastyytyväisyyttä yhteispäivystyksessä. Aineistossa on mukana kaksi kirjallisuuskatsausta, joista toinen on englantilainen (Nairn – Whotton – Marshal – Roberts – Swann 2004) tässä selvitettiin potilaiden kokemuksia päivystyshoitoyksiköistä. Toinen kirjallisuuskatsaus on amerikkalainen, jonka (Gordon – Sheppard – Anaf 2009) tarkoituksena oli selvittää potilaskokemuksia päivystyshoitotyöstä päivystysosastolla kuvaillen, mitkä tekijät vaikuttavat potilastyytyväisyyteen. Yksi aineiston tutkimuksista on Ruotsissa tehty kvalitatiivinen tutkimus (Göransson – von Rosen 2009), jossa selvitettiin potilaiden kokemuksia päivystysosastolla saamastaan kohtelusta. Kansainvälisessä *Accident and Emergency Nursing*-lehdessä (Richardson – Casey – Hider 2007) julkaistussa tutkimuksessa tarkoituksena oli selvittää iäkkäiden kokemuksia päivystyshoitotyöstä ja jatkohoidon järjestymisestä sekä nopeasta kotiutumisesta. Yksi tutkimuksista on englantilainen kvalitatiivinen tutkimus

(Knowles – O'Cathain – Nicholl 2010), jonka tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia ensi- ja päivystyshoidon kokonaisuudesta.

Tutkimukset liittyvät hoidon laatuun ja sen kuvailuun potilaan näkökulmasta. Tutkimusmenetelmät olivat toisistaan eroavia, eli heterogeenisiä. Tuloksissa ilmeni yhtäläisyyksiä, sillä hoidon laatuun ja potilaan kokemukseen vaikuttavat suuresti samantapaiset asiat maasta riippumatta.

4.5 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysissä pyritään kuvaamaan aiempien tutkimusten sisältöä sanallisesti. Käytettäessä sisällönanalyysiä tutkimusmenetelmänä, pyritään saamaan aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon, kuitenkin niin, että tutkimusten alkuperäinen tulos ei muutu tai katoa. Analyysin avulla pyritään tekemään aineistosta selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 106–107.)

Opinnäytetyössä on käytetty deduktiivista eli teorialähtöistä sisällönanalyysia, jolloin aineiston analysointia ohjaa joku aiempi teoria, teema tai käsitekartta. Deduktiivisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa muodostetaan analyysirunko, jonka pohjana toimii aiempi teoria. Sen sisälle muodostetaan aineistosta erilaisia luokituksia mukaillen induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita. Analyysirungon ulkopuolelle jäävistä asioista muodostetaan uusia luokkia käyttäen apuna induktiivista sisällönanalyysia. Jos analyysirunko on strukturoitu, kerätään aineistosta vain analyysirunkoon sopivia asioita. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä edetään aiemman teoratiedon mukaisten otsikoiden tai luokkien mukaan. Tällöin etsitään ilmauksille sopivat, jo valmiiksi olemassa olevat luokat. Analyysia ohjaa tällöin aikaisemman tiedon perusteella tehty teoria tai käsitejärjestelmä. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 113.) Tässä opinnäytetyössä teoriana toimii Helena Leino-Kilven (1996) HYVÄ HOITO -mittari.

Aineistolähtöinen eli induktiivinen ja teorialähtöinen eli deduktiivinen sisällönanalyysi eroavat toisistaan siinä, että aineistolähtöisessä muodostetaan luokat aineistosta ilmenneiden aiheiden mukaan. Deduktiivisessa analysoinnissa taas aineisto liitetään jo valmiiksi olemassa oleviin luokkiin tai teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 117.) Opinnäytetyössä aineisto on luokiteltu ensin tekijöiden kehittämiin ala- ja yläluokkiin ja sen jälkeen sovitettu HYVÄ HOITO -mittarin mukaisiin pääluokkiin (Leino-Kilpi ym.

1996: 99.) Aineiston analyysi on siis tehty mukailemalla sekä induktiivista, että deduktiivista sisällönanalyysiä.

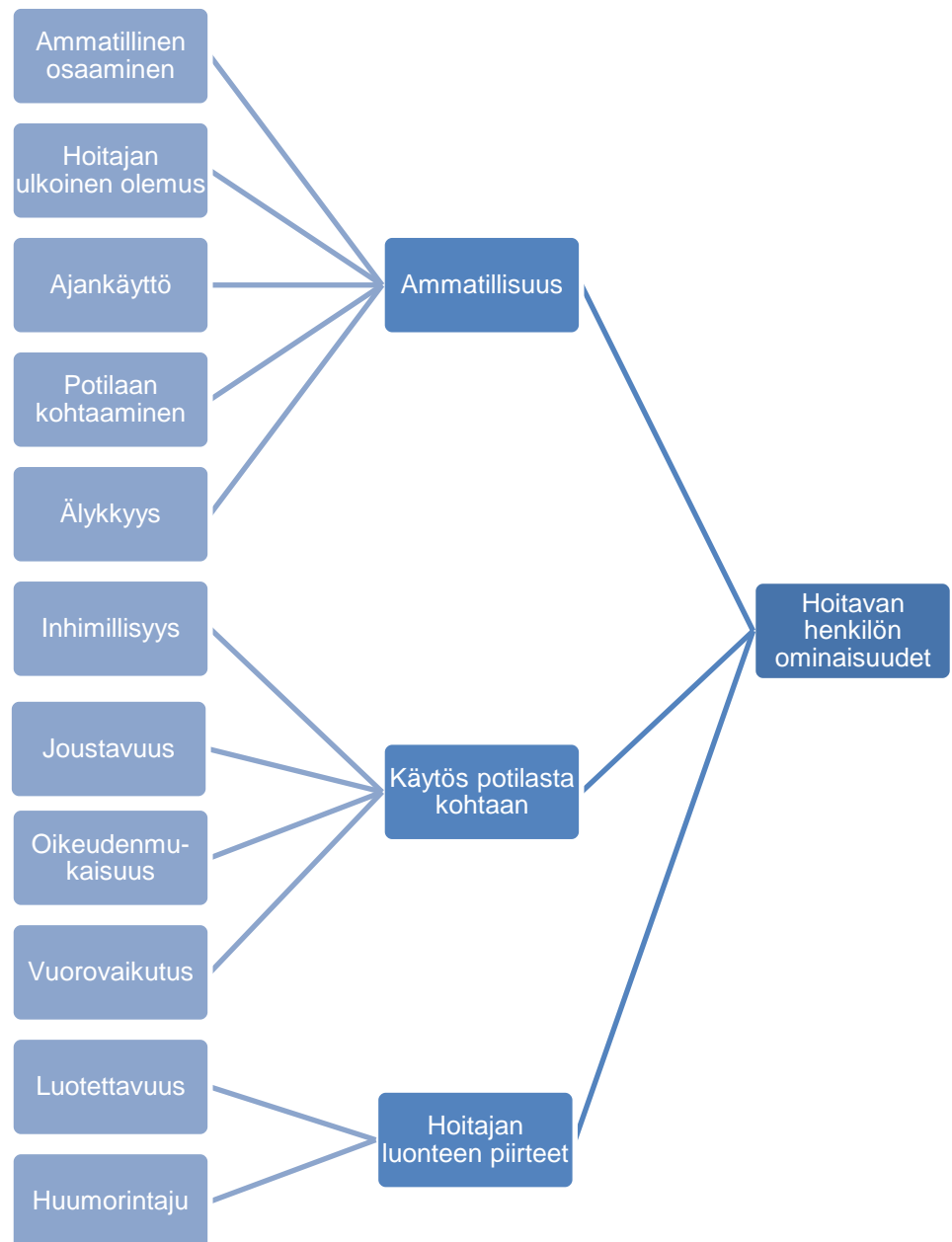
Opinnäytetyön sisällönanalyysi aloitettiin lukemalla tutkimukset läpi ja etsimällä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Ilmaisut taulukoitiin kysymyksen mukaan säilyttäen alkuperäinen muoto. Mukaan merkittiin aina mistä tutkimuksesta ilmaisu on, jotta analysoinnin edetessä voitiin palata tutkimuksiin tarvittaessa. Sisällönanalyysissä ei tehty aineiston pelkistystä, sillä ohjaavalta opettajalta saatiin tieto, että alkuperäisten ilmaisuiden pelkistämisen voi jättää väliin ja luokitella alkuperäiset ilmaisut suoraan alaluokiksi ajan säästämiseksi. Pelkistämisessä on myös vaarana, että alkuperäinen sisältö muuttuu ja tulokset vääristyvät. Tutkimusten läpi käymisen jälkeen alkuperäiset ilmaisut tulostettiin taulukoittain ja leikattiin ilmaisut yksittäisiksi kappaleiksi. Tämän jälkeen aloitettiin luokittelu, samaa asiaa kuvaavat ilmaisut yhdistettiin yhdeksi alaluokaksi ja sille annettiin nimi. Alaluokat pyrittiin yhdistämään mahdollisimman kuvaaviksi yläluokiksi. Yläluokat yhdistyivät pääluokiksi, joita opinnäytetyössä muodostui yhteensä kolme. Pääluokat olivat tutkimuskysymysten keskeinen asia, eli fyysinen hoitoympäristö, ohjaus ja hoitavan henkilön ominaisuudet. Pääluokat muodostettiin HYVÄ HOITO -mittarin mukaan (Leino-Kilpi ym. 1996: 99.)

5 Tulokset

Opinnäytetyön hoidon laadun arvioinnin osa-alueiksi valikoituivat hoitavan henkilön ominaisuudet, fyysinen hoitoympäristö ja ohjaus. Aihetta oli syytä rajata, sillä hoidon laatu on käsitteenä laaja eikä opinnäytetyön aikataulu ja resurssit riitä tutkimaan hoidon laatua jokaiselta osa-alueelta. Tämän luvun kappaleet on jaettu pääluokkien ja yläluokkien mukaan.

5.1 Kokemukset hoitavan henkilön ominaisuuksista

Yhdeksi sisällönanalyysin pääluokaksi valittiin Leino-Kilven (1996: 99) HYVÄ HOITO -mittarin mukaan hoitavan henkilön ominaisuudet, jonka alle muodostui tässä opinnäytetyössä yläluokiksi ammatillisuus, käytös potilasta kohtaan ja hoitajan luonteen piirteet. Alla on kuvio hoitavan henkilön ominaisuuksien luokittelusta (kuvio 1).



Kuvio 1. Hoitavan henkilön ominaisuudet luokiteltuina alaluokkiin, yläluokkiin ja pääluokkaan.

5.1.1 Ammatillisuus

Ammatillisuuden alaluokiksi muodostui tässä opinnäytetyössä ammatillinen osaaminen, ajankäyttö, älykkyys, potilaan kohtaaminen ja hoitajan ulkoinen olemus. Sisällönanalyysissä käytetyistä tutkimuksista löytyi paljon kuvailuja koskien hoitajan ammatillista ja teknistä osaamista. Alaluokasta ammatillinen osaaminen ilmeni useita näkökulmia sisällönanalyysissä käytetyissä tutkimuksissa. Kaartisen (2003: 39) mukaan tyytyväisyys hoitajan pätevyyteen oli riippuvainen potilaan iästä; iäkkäät vastaajat olivat tyytyväisempiä hoitajan pätevyyteen kuin nuoret. Tulosten luokittelun mukaan tyytyväisimpiä hoitavan henkilöstön ammatilliseen pätevyyteen olivat tapaturman vuoksi yhteispäivystykseen tulleet. Tyytyväisiä olivat myös aikaisemman vamman tai äkillisen sairauskohtauksen vuoksi päivystykseen hakeutuneet potilaat. Eri mieltä hoitajan pätevyydestä olivat puolestaan muun syyn vuoksi päivystykseen tulleet, esimerkiksi sovittu kontrollikäynti tapaturman jälkeen. (Kaartinen 2003: 39.)

Göransson ja von Rosen (2009: 39) löysivät yhteyden potilastyytyväisyyden ja hoitajan koulutustason välillä; potilaat olivat tyytyväisempiä hoidon laatuun, kun hoitajilla oli korkeampi akateeminen koulutus. Samassa tutkimuksessa (Göransson – von Rosen 2009: 39) lähes kaikki vastaajat pitivät triagehoitajia ammatillisesti pätevinä, mikä edelleen viittaa koulutuksen tärkeyteen ammattitaidon mittarina. Gordon ym. (2009: 82) taas viittaa siihen, että ammatillinen pätevyys on osittain enemmän kiinni hoitajan luonteesta, kuin koulutustaustasta. Saarisen (2007: 45–46) mukaan luottamus hoitajan ammattitaitoon ilmeni vahvana ja potilaat kokivat, että hoitajat toimivat varmasti ja että heidän tietoutensa oli ajantasaista. Saarinen (2007: 45) kuvaa tutkimuksessaan, että hoitajia ohjaa vahva ammattitaito ja he osaavat perustella toimintaansa ammatin vaatimalla tavalla. Potilaan kokemukseen hoitajan ammatillisesta osaamisesta vaikutti negatiivisesti se, jos hoitajalta puuttui hoivavietti tai se ei välittynyt potilaalle (Nairn ym. 2004: 161).

Potilaat olivat tyytyväisiä myös siihen, että hoitajat ottivat huomioon potilaiden tunteet hoitotyön toteuttamisessa. Hoitajat olivat myös auttavaisia, mutta he tuntuivat kuitenkin antavan eniten painoarvoa tekniselle osaamiselle. Potilaat kokivat, että päivystyksessä työskentelevät hoitajat pitivät tärkeimpänä, että hoitotyö toteutui teknisesti oikein ja toisarvoisena tuli tunteiden huomioiminen ja inhimillisyys. (Gordon ym. 2009: 82; Göransson – von Rosen 2009: 82; Kvist ym. 2006: 111; Kaartinen 2003: 46; Nairn ym. 2004: 161–162.)

Opinnäytetyössä käytetyissä tutkimuksissa yhdeksi ammatillisuuden alaluokaksi muodostui hoitajan ulkoinen olemus. Potilaat kokivat luotettavammaksi hoitajan, joka oli huoliteltu ja siisti. Suurin osa kyselyyn vastanneista piti hoitajia siisteinä ja asiallisesti pukeutuneina. Tähän osa-alueeseen ei vaikuttanut vastaajan ikä, niin nuoret kuin aikuiset kokivat hoitajat hyvin pukeutuneiksi. (Kaartinen 2003: 41–42.)

Hoitajan ajankäyttö ilmeni tärkeänä ammatillisuuden osa-alueena. Potilaat kokivat negatiiviseksi sen, että päivystyksen ilmapiiri oli kiireinen ja hoitajia oli liian vähän potilasmäärään nähden. Positiiviseksi taas koettiin, kun hoitaja hoiti potilasta, hänellä ei ollut kiire pois potilaan luota, vaan potilaalle annettiin riittävästi aikaa. (Saarinen 2007: 53.) Kaartisen (2003: 44) tutkimuksessa nousi esille, että potilaista vain alle puolet oli sitä mieltä, että hoitajilla oli riittävästi aikaa potilaskohtaisesti. Potilaat kokivat puolestaan negatiiviseksi, jos hoitaja oli kiireisen oloinen, eikä hän osoittanut kiinnostusta potilaan asioita kohtaan. Tällöin potilaat eivät myöskään uskaltaneet esittää vaatimuksia hoitajille, jotta he eivät enää enempää lisäisi ylityöllistettyjen hoitajien taakkaa. (Nairn ym. 2004: 163.)

Yhdeksi ammatillisuuden alaluokaksi muotoutui potilaan kohtaaminen. Potilaista nuorin ja vanhin ikäryhmä olivat tyytyväisiä hoitajan suhtautumiseen. Hoitajat olivat olleet muun muassa miellyttäväkäytöksisiä, ystävällisiä ja lempeitä. (Kaartinen 2003: 41; Saarinen 2007: 46.) Potilaat kokivat miellyttäväksi tekijäksi sen, että eräät hoitajat olivat huomaavaisia ja kunnioittivat potilasta ihmisenä, antoivat heille oikeasti aikaa ja huomioivat potilaan tarpeet. Vastoin edellä mainittuja tekijöitä, potilaat kokivat toisinaan myös olevansa yksin pelottavassa tilanteessa, alistuneena hoitajan toimille ilman asiaankuuluvaa turvallisuuden tunnetta. He olivat pelottavassa ja epävarmassa tilanteessa ilman hoitajan tukea. (Gordon ym. 2009: 82; Göransson – von Rosen 2009: 38.)

Hoitajan älykkyys on sisällönanalyysissä yhtenä alaluokkana. Saarinen (2007: 46) ja Kaartinen (2003: 39) kertovat tutkimuksessaan, että hoitajat ovat potilaiden kuvaamana tärkeilemättömiä ja he osaavat vastata esitettyihin kysymyksiin asianmukaisesti. Osa potilaista koki, että hoitajat puhuivat alentavasti ja holhoavasti: erityisesti iäkkäät potilaat saivat holhoavaa kohtelua osakseen. (Gordon ym. 2009: 85; Nairn ym. 2004: 162.)

5.1.2 Hoitavan henkilön luonteen piirteet

Toinen hoitavan henkilön ominaisuuksiin liittyvä yläluokka on hoitavan henkilön luonteen piirteet. Tämän yläluokan alle muodostui kaksi alaluokkaa: luotettavuus ja huumorintaju. Potilaat kokivat tärkeäksi sen, että tietyissä tilanteissa hoitaja ymmärsi huumorintajua ja osasi itsekin käyttää huumoria puheessaan (Saarinen 2007: 46). Kaartisen (2003: 40) tutkimuksessa puolestaan vastaajat olivat suhtautuneet kriittisemmin hoitajan huumorintajuisuuteen.

Hoitajan luotettavuutta pidettiin tärkeänä ominaisuutena lähes jokaisessa tutkimuksessa. Tyytyväisimpiä potilaat olivat siihen, että heidän asiansa pidettiin salassa toisilta potilailta, toimittiin potilaan kannalta parasta silmällä pitäen, heidän huolensa ja kysymyksensä otettiin vakavasti ja että heidän yksityisyydestään pidettiin huolta. Huolta herätti, että toisinaan kiireellisyysluokaltaan matalaksi arvioituja potilaita jätettiin huomiotta ja riippuen vuorossa olevasta hoitajasta, potilaan piti työskennellä hyvän suhteen eteen, jotta hän saisi arvokasta kohtelua hoitajilta. (Pellikka ym. 2003: 172–173; Gordon ym. 2009: 82; Kaartinen 2003: 40; Richardson ym. 2007: 138.) Lisäksi hoitajia kuvailtiin rehellisiksi, luotettaviksi ja kohteliaiksi (Kaartinen 2003: 40; Saarinen 2007: 46).

5.1.3 Käytös potilasta kohtaan

Kolmas yläluokka ammatillisuuden alle muotoutui seuraavasti: käytös potilasta kohtaan. Tämän alle muodostui neljä alaluokkaa: inhimillisyys, joustavuus, oikeudenmukaisuus ja vuorovaikutus. Oikeudenmukaiseksi potilaat kokivat hoitajien työskentelyssä sen, että heitä kohdeltiin tasa-arvoisesti muiden potilaiden kanssa. Kaartisen (2003: 40) mukaan kaksi kolmasosaa vastaajista koki, että hoitajat kohtelivat potilaita reilusti ja tasa-arvoisesti, parhaiten potilaat kokivat toiveiden huomioinnin toteutumisen. Kaartisen (2003: 46) tutkimuksessa potilaat kokivat, että heidän etunsa ensisijaiseksi asettaminen toteutui huonoiten ja että heidän voinnistaan tai potilaasta itsestään ei oltu kiinnostuneita. Göransson ja von Rosen (2009: 38) taas kuvasivat, että potilaat kokivat lähes poikkeuksetta heidän toiveidensa toteutuvan ja että heitä kuunneltiin. Tutkimuksessa ilmeni myös, että potilaille tarjottiin henkistä tukea ja keskustelua apua heidän niin halutessaan (Göransson – von Rosen 2009: 38). Kiireettömien potilaiden oireita saatettiin vähätellä ja heidän oikeuttaan päivystyshoitoon epäillä, mikä taas lisäsi potilaiden syyllisyyden tunteita siitä, että he aiheuttavat hoitajille suunnatonta kiirettä (Gordon ym. 2009: 82; Nairn ym. 2004: 161). Hoitajan oikeudenmukaisuuden tunne oli osittain riippuvainen ajasta, jonka potilas

joutui viettämään päivystyksessä odottaen: yli kaksi tuntia päivystyksessä viettäneiden mielestä hoitajien reiluus ja oikeudenmukaisuus toteutui huonommin, kuin alle kaksi tuntia päivystyksessä olleiden (Kaartinen 2003: 40).

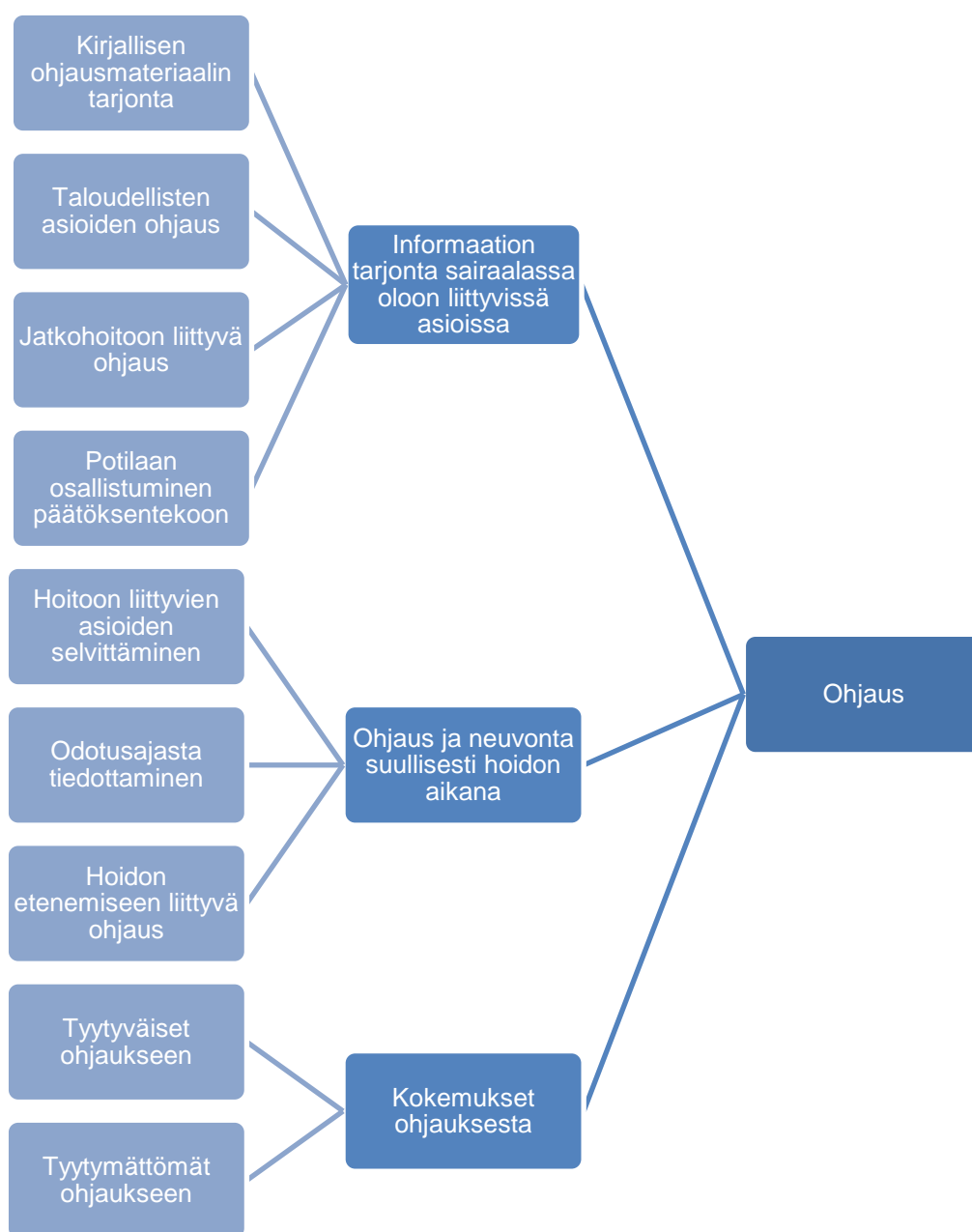
Hoitajia kuvattiin joustaviksi ja oltiin tyytyväisiä, että hoitajat pystyivät joustamaan kiireenkin keskellä, esimerkiksi avustamaan iäkkäitä wc:hen. Jonkin verran nousi esiin myös vastakkaisia kommentteja, kuitenkin selkeästi vähemmän kuin myönteisiä ja joustavuutta kehuja. (Kaartinen 2003: 40; Göransson – von Rosen 2009: 38; Saarinen 2007: 46.)

Inhimillisyyttä kuvaavia ilmaisuja löytyi tutkimuksista suhteellisen paljon. Hoitohenkilökuntaa kuvailtiin negatiiviseen sävyyn muun muassa seuraavasti: hoitajat käyttäytyivät työkeästi ja välinpitämättömästi (Saarinen 2007: 67). Osa Pellikan ym. (2003: 173) tutkimukseen vastanneista koki, että hoitajat eivät toimineet rohkaisevasti tai kannustavasti potilaita kohtaan. Kirjallisuuskatsauksesta, jossa arvioitiin potilaiden kokemuksia ensiavusta, nousi esiin, että hoitajat eivät olleet empaattisia tai etteivät he osanneet ottaa huomioon potilaan tunteita sairauteen tai vammaan liittyen (Gordon ym. 2009: 82).

Vuorovaikutukseen oltiin pääpiirteittäin tyytyväisiä. Saarisen (2007: 58) tutkimuksessa nostettiin esiin, että ikä, sukupuoli tai siviilisääty ei vaikuttanut potilaiden tyytyväisyyteen vuorovaikutuksesta. Myöskään työssä käyvien tai työttömien välillä ei ilmennyt eroja (Saarinen 2007: 58). Negatiivisia kokemuksia vuorovaikutuksesta löytyi jonkin verran, mm. Gordon ym. (2009: 82) nostivat esiin, että toistuvasti päivystyksessä käyvät potilaat saivat huonompaa kohtelua kuin ensikertaa päivystykseen tulevat. Kyseisessä katsauksessa nousi esiin myös, että akuuttiympäristössä potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutussuhde muuttuu käskynalaiseksi ja hierarkkisemmaksi, kuin rauhallisemmassa ympäristössä (Gordon 2009: 82). Richardson ym. (2007: 138–139) toivat esiin, että usein sairaalaympäristö saattaa tuottaa vaikeuksia vuorovaikutussuhteen luomiselle ja fyysiset sairaudet edelleen vaikeuttaa sen syntymistä.

5.2 Kokemukset ohjauksesta

Tehtävä- ja ihmiskeskeisistä hoitotoiminnoista valittiin opinnäytetyöhön vain ohjaus, niin suullisesti kuin kirjallisesti. Kyseisen aihealueen yläluokiksi muodostui tässä opinnäytetyössä informaation tarjonta sairaalassa oloon liittyvissä asioissa, ohjaus ja neuvonta suullisesti hoidon aikana, potilaan osallistuminen sekä kokemukset ohjauksesta. Pääluokka valikoitui Helena Leino-Kilven (1996: 99) HYVÄ HOITO -mittarin mukaan. Alla on kuvio ohjauksen ala- ja yläluokista sekä pääluokasta (kuvio 2).



Kuvio 2. Ohjauksen alaluokat, yläluokat ja pääluokka.

5.2.1 Informaation tarjonta sairaalassa oloon liittyvissä asioissa

Informaation tarjonta sairaalassa oloon liittyvissä asioissa käsittelee kirjallisen ohjausmateriaalin tarjontaa ja taloudellisten asioiden ohjausta sekä jatkohoitoon liittyvää ohjausta. Kirjallisen ohjausmateriaalin saatavuudesta oli Kaartisen (2003: 50) tutkimuksessa vain viidesosa vastaajista sitä mieltä, että se oli helposti saatavilla. Gordon ym. (2009: 85) ovat selvittäneet, että potilaat kannattivat ja olivat tyytyväisiä kirjallisen ohjausmateriaalin olemassaolosta.

Taloudellisten asioiden ohjausta olisi kaivattu enemmän. Saarinen (2007: 48) nosti esille, että toimeentuloon liittyvät asiat tunnettiin huonosti ja niistä olisi kaivattukin enemmän tietoa ja ohjausta; noin puolet tutkimukseen osallistuneista koki saaneensa tarpeeksi tietoa talousasioista ja viidenes olisi kaivannut sitä enemmän. Myös toisessa tutkimuksessa (Pellikka ym. 2003: 174), jossa tutkittiin potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä, nostettiin esille, että moni potilas oli saanut liian vähän tietoa taloudellisista asioista.

Jatkohoitoon liittyvää ohjausta oli saatu hyvin. Tutkimuksiin osallistuneet potilaat olivat saaneet pääosin riittävästi jatkohoito-ohjeita ja tiesivät miten toimia esimerkiksi komplikaatioiden ilmetessä. Heille oli myös hyvin selkeää, miten he pystyivät sairaalajakson jälkeen edistämään kuntoutumistaan. Esille nousi myös, että osa potilaista piti saamaansa elämäntapaohjausta turhana, tärkeimmäksi ja parhaiten onnistuneeksi he nostivat jatkohoitopaikkaan siirtymisen ja sen syyn selvittämisen. Tutkimukseen osallistuneet kokivat myös, että jatkohoito-ohjeet sekä kuntoutumiseen liittyvät asiat oli nostettu esille sopivassa vaiheessa sairaalajaksoa, jolloin he saivat suurimman hyödyn siitä. (Saarinen 2007: 47; Pellikka ym. 2003: 174.)

5.2.2 Ohjaus ja neuvonta suullisesti hoidon aikana

Ohjaus ja neuvonta suullisesti hoidon aikana jaettiin kolmeen alaluokkaan: hoitoon liittyvien asioiden selvittäminen, odotusajasta tiedottaminen ja hoidon etenemiseen liittyvä ohjaus. Hoitoon liittyvien asioiden selvittämiseen kuuluu potilaiden tiedonsaanti tulevista toimenpiteistä ymmärrettävällä kielellä. Potilaat, jotka toivoivat tarkentavaa tietoa terveyden tilastaan hoitajilta, saivat sitä. Kaikki potilaat eivät kuitenkaan halunneet kysyä tarkentavia kysymyksiä tai lisätietoa hoitajilta, koska pelkäsivät häiritsevänsä hoitajien muutenkin kiireistä työtä. Potilaat, jotka toivoivat lisätietoja, kokivat saaneensa vastauksen

selkeällä, ymmärrettävällä kielellä ilman vaikeita lääketieteellisiä termejä. Potilaat kokivat helpotusta vaikeaan tilanteeseen, kun saivat hoitajilta vastauksia kysymyksiinsä. Nairn ym. (2004: 160–162) kertaavat katsauksessaan, että keskimääräisesti potilaat olivat todella tyytyväisiä saamaansa tietoon päivystyshoidon aikana. (Nairn ym. 2004: 160–162; Göransson – von Rosen 2009: 38–39.)

Odotusajasta tiedottaminen koettiin todella tärkeäksi hoidon laatua parantavaksi tekijäksi useassa tutkimuksessa. Tieto siitä, kauan ensimmäistä lääkärin tapaamista pitää odottaa, on merkittävä potilastyytyväisyyttä lisäävä tekijä. Tätä tietoa ei kuitenkaan kerrottu kuin yhdelle kolmasosasta potilaista. Ylipäättään useassa tutkimuksessa toivottiin enemmän tietoa odottamisesta, miksi ja mitä odotettiin. Esiin nostettiin myös, että arvio odotusajasta koettiin tärkeämmäksi, kuin todellisuudessa odotettu aika. Potilaat kokivat olonsa rauhallisemmaksi, kun tiesivät kuinka kauan suurin piirtein joutuvat odottamaan. Saarisen (2007: 49) tutkimuksessa ilmeni, että vain hiukan alle puolet potilaista oli saanut tietoa odottamisen syystä ja pituudesta. Odotusajan arvio oli arvioitu räikeästi väärin tai sitä ei ollut kerrottu lainkaan (Saarinen 2007: 49). Vastajaat nostivat esiin sen, että kokemus hoidosta olisi ollut parempi, jos odotusaika olisi ollut lyhyempi ja paremmin informoitu. Tutkimuksiin osallistuneet toivat esiin myös, että yhden kerran informointi odottamisen aikana ei ollut riittävää, toivottiin enemmän ja useammin tietoa. (Kaartinen 2003: 54; Göransson – von Rosen 2009: 38–39; Gordon ym. 2009: 85; Nairn ym. 2004: 160–161; Pellikka ym. 2003: 174.)

Yhdeksi alaluokaksi muodostui hoidon etenemiseen liittyvä ohjaus. Tuloksista ilmeni, että potilaat toivoivat enemmän tietoa siitä, mitä tapahtuu seuraavaksi ja miksi. Esimerkiksi Gordon ym. (2009: 85) kirjoittivat, että potilaat toivoivat, että kerrotaisiin tulevista toimenpiteistä oma-aloitteisesti ja kerrotaisiin myös miksi se on tärkeä potilaan terveydentilan kannalta, tavalla, jonka potilas ymmärtää. Richardson ym. (2007: 139) pohtivat analyysissään sitä, että yleisesti vastaajien joukossa vaikutti olevan vain vähän sellaisia potilaita, jotka tiesivät mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan, mutta korostivat myös, että varsinkin iäkkäämmät hyväksyvät potilaan roolin hoidon aikana ja luottavat siihen, että ammattilaiset tietävät mitä tekevät. Nairn ym. (2004: 161) korostivat, että yleiseen potilaan kokemukseen päivystyskäynnistä vaikutti se, annettiinko heille tietoa hoidon aikana vai ei. Potilastyytyväisyys oli selkeästi matalampi, jos tiedon ja ohjauksen saaminen oli huonoa (Nairn ym. 2004: 161).

Potilaan mukaan ottaminen omaa hoitoa koskevien päätöksien tekoon oli yksi ongelma, joka nousi esiin tutkimuksissa. Tutkimuksissa selvisi, että potilaat saivat harvoin tukea päätöksenteossa, mitä he olisivat selkeästi kaivanneet hoitohenkilökunnalta. Harva potilas koki saaneensa mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon tai saaneensa vaihtoehtoja, joita pohtia. Syyksi he kokivat, että hoitajat olivat liian kiireisiä keskustelemaan heidän kanssaan hoitoon liittyvistä päätöksistä. Esiin nousi, että usein potilaat ajattelivat henkilökunnan tarjoaman vaihtoehdon olevan ainoa mahdollinen. Toisaalta ilmeni myös, että osa potilaista ei pitänyt kovin tärkeänä vaihtoehtojen saamista. Räikeimmäksi ongelmaksi esiin nousi, ettei potilailla ollut aavistustakaan lähestyvistä kotiutumisesta. Tämä koettiin toisinaan ahdistavana. (Pellikka ym. 2003: 172; Richardson ym. 2007: 138; Kvist ym. 2006: 117.)

5.2.3 Kokemukset ohjauksesta

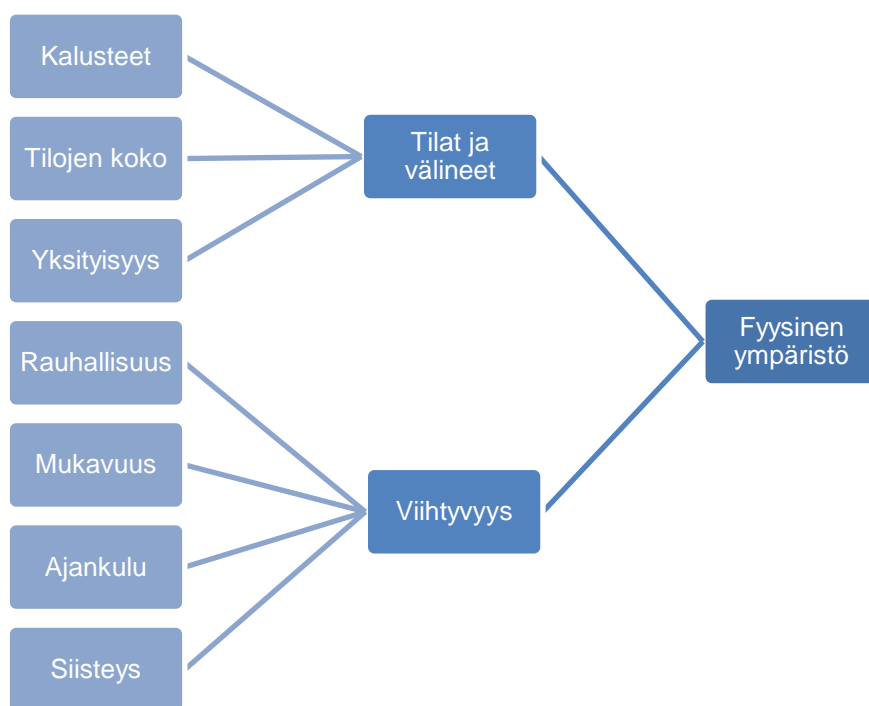
Kokemukset ohjauksesta jaettiin kahteen alaluokkaan; tyytymättömät ja tyytyväiset. Tyytyväisimpiä potilaat olivat hoitajien tarjoamaan ohjaukseen. Tutkimuksissa ei havaittu eroa siinä, oliko potilas ensimmäistä kertaa päivystyksessä vai jo useamman käynnin tehnyt, myöskään sillä ei havaittu eroa, oliko potilaalla lähete vai ei. Ohjaus toimi hyvin ja sen tarpeelliseksi kokeneista yli puolet koki saaneensa laadukasta ohjausta. Potilaat arvostivat suuresti kattavaa kommunikointia ja jatkuvaa tiedon antamista. (Saarinen 2007: 60; Göransson – von Rosen 2009: 38; Nairn ym. 2004: 161.)

Tyytymättömyyttä ohjausta kohtaan esiintyi enemmän nuorilla potilailla kuin keski-ikäen ylittäneillä, naiset osoittautuivat hiukan tyytymättömämmiksi kuin miehet. Myös työtilanne ja siviilisääty vaikutti tyytymättömyyteen; naimattomat olivat hiukan tyytymättömämpiä kuin parisuhteessa elävät. Työelämässä kiinni olevat olivat jonkin verran tyytymättömämpiä ohjaukseen kuin työttömät tai eläkkeellä olevat. Tyytymättömyys lisääntyi, jos potilas oli tullut päivystykseen onnettomuuden tai akuutin vaivan vuoksi. (Saarinen 2007: 59–60.) Nairn ym. (2004: 161) toivat esille, että potilaat olivat erittäin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Kommunikoinnin, tiedonsaannin sekä ohjauksen osa-alue koettiin kuitenkin huolestuttavana monien potilaiden mielestä (Nairn ym. 2004: 161). Eräässä tutkimuksessa nostettiin erityisesti esiin, että potilaan kokemukseen päivystyskäynnistä vaikutti negatiivisesti, jos tiedon ja ohjauksen saanti ei täsmännyt tarpeisiin. Päivystyksessä vietetty aika nosti tyytymättömyyttä ohjaukseen. Yli viisi tuntia päivystyksessä vietäneet olivat huomattavasti tyytymättömämpiä kuin nopeammin hoidon saaneet. Viikonpäivä ja kellonaika olivat tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Potilaat nostivat esiin myös

sen, että hoitajien välinen kommunikaatio ei toiminut: tietoja kysyttiin useampaan kertaan, jonka potilaat kokivat raskaaksi muutenkin vaikeassa tilanteessa. (Saarinen 2007: 59–60; Nairn ym. 2004: 161; Kaartinen 2003: 55; Göransson – von Rosen 2009: 39.)

5.3 Kokemukset fyysisestä hoitoympäristöstä

HYVÄ HOITO- mittariin sisältyi hoitoympäristö kategoriaan sekä fyysinen että sosiaalinen hoitoympäristö (Leino-Kilpi ym. 1996: 117). Opinnäytetyöhön valittiin vain fyysinen ympäristö yhdeksi pääluokaksi, sillä sekin on melko laaja käsite tutkittavaksi. Sisällysanalyysissä yläluokiksi muodostuivat tässä aineistossa tilat ja välineet sekä viihtyvyys. Alla on kuvio fyysisen ympäristön luokittelusta (kuvio 3).



Kuvio 3. Fyysisen ympäristön alaluokat, yläluokat ja pääluokka.

5.3.1 Tilat ja välineet

Tilat ja välineet on yksi yläluokka, jonka alle muodostui kolme alaluokkaa: tilojen koko, kalusteet ja yksityisyys. Käynnin ajankohdalla oli jonkin verran vaikutusta potilaiden kokemukseen tilojen koosta. Viikonloppuna käyneet potilaat olivat tyytyväisempiä tilojen riittävyteen kuin alkuvuikosta käyneet. Myös päivystykseen hakeutumisen syy vaikutti

potilaiden kokemuksiin tilojen koosta. (Kaartinen 2003: 45.) Saarisen (2007: 69) ja Kaartisen (2003: 50) tutkimuksissa potilaat toivat esille, että päivystyksessä tilat olivat ahtaat, mutta valtaosan mielestä ne olivat kuitenkin riittävät ja tarkoituksenmukaiset hoidon toteuttamiseen. Päivystyksen tiloja kuvailtiin myös pelottaviksi ja ahdistaviksi (Gordon ym. 2009: 86).

Opinnäytetyön sisällönanalyysiin valikoiduista tutkimuksista käy ilmi, että potilaat kokevat vuodepaikkoja olevan liian vähän päivystyksessä. Tutkimuksissa potilaat kuvailivat sänkyjä epämukaviksi, sekä kalusteiden kaipaavan myös kunnostusta. (Saarinen 2007: 55; Nairn ym. 2004: 162; Gordon ym. 2009: 86.)

Alaluokkaan yksityisyys muodostui vain muutamia potilaiden kokemia asioita, jotka liittyivät fyysiseen ympäristöön. Potilaat toivat esille, että ilmoittautumiskopit saisivat olla erillään toisistaan, tällä tavoin yksityisyys parantuisi. Näkö- ja kuulosuojan puute koettiin ongelmana, jota pahensi suuri potilasmäärä päivystyksessä. (Kaartinen 2003: 60; Gordon ym. 2009: 86.) Potilaat kokivat kuitenkin, että heidän yksityisyyttään kunnioitettiin odotustilassa (Göransson – von Rosen 2009: 39).

5.3.2 Viihtyvyys

Yhdeksi yläluokaksi muodostui viihtyvyys, jonka alle alaluokiksi rauhallisuus, ajankulu, siisteys ja mukavuus. Rauhallisuus alaluokan alta löytyy potilaiden kuvailuja ympäristöstä päivystysosastolla. Kvist ym. (2006: 118) kertoivat tutkimuksessaan, että potilaat olivat arvioineet yksiköt kiireisiksi, Saarisen (2007: 64) tutkimuksessa puolestaan ympäristöä oli keuhuttu rauhalliseksi. Potilaat kokivat odotustilat meluisaksi ja niissä oli paljon häiriötekijöitä, joiden vuoksi iäkkäämpien potilaiden oli vaikea kommunikoida. Odotusaikana potilaat kuitenkin hyväksyivät tilat, joissa yksityisyys ja mukavuus olivat minimaaliset. (Richardson ym. 2007: 138.)

Alaluokkaan ajankulu muodostui ainoastaan Kaartisen (2003: 57) tutkimuksesta nousseita ilmaisuja. Potilaat kaipasivat lisää ajanvietettä odotustiloihin, lehtiä oli potilasmäärään nähden liian vähän, televisio olisi ollut hyvä odotustilassa (Kaartinen 2003: 57). Siisteys alaluokan alle muodostui ilmaisuja kahdesta tutkimuksesta. Potilaat kuvailivat lattiaa kuluneiksi sekä wc:itä likaisiksi ja tärvellyiksi (Gordon ym. 2009: 86). Kaartinen

(2003: 50) puolestaan kertoo tutkimuksessaan, että lähes kaikki potilaat ovat kuvanneet päivystystä ympäristönä siistiksi ja puhtaaksi.

Opinnäytetyöhön muodostui tässä aineistossa viimeiseksi alaluokaksi mukavuus. Hoito-ympäristöä pidettiin epämukavana, mutta myös miellyttävänä ja viihtyisänä. Lämpötilaa päivystyksessä potilaat olivat kuvanneet sopivaksi. Vanhemmat potilaat kertoivat kuitenkin olevan usein kylmissään ja nälkäisiä saapuessaan päivystykseen, joten he kaipasivat jotakin syömistä ja peittoja lämmikkeeksi. Potilaat kaipasivat lapsille myös joitakin palveluita viihdykkeeksi. (Pellikka ym. 2003: 175; Kaartinen 2003: 50; Gordon ym. 2009: 86.)

6 Pohdinta

6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia hoidon laadusta päivystyksessä. Arviointimenetelmän pohjana käytettiin Helena Leino-Kilven HYVÄ HOITO -mittaria. Mittarin sisältö on laaja, joten arviointi rajattiin koskemaan hoitavan henkilön ominaisuuksia, ohjausta sekä fyysistä hoitoympäristöä. (Leino-Kilpi ym. 1996: 99.) Tavoitteena on, että opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää uuden Siltasairaalan päivystystoimintaa kehitettäessä.

Opinnäytetyön ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, millaisia kokemuksia potilailla oli hoitavan henkilön ominaisuuksista. Hoitavan henkilön ominaisuuksista tärkeimmäksi nousi ammatillinen osaaminen. Tyytyväisimpiä potilaat olivat, kun hoitajat olivat korkeasti koulutettuja ja osasivat vastata kysymyksiin luotettavasti. Tuloksista nousi esille, että päivystykseen tulossyillä ja odotusajalla oli vaikutusta myös siihen, kuinka tyytyväisiä potilaat olivat hoitajan ammatillisuuteen. HYVÄ HOITO -mittarin arvioinnin mukaan tehdyn tutkimuksen tulososiossa esille nousi se, että potilaat pitivät tärkeänä hoitavan henkilön luotettavuutta ja rehellisyyttä (Leino-Kilpi ym. 1996: 109). Tulokset ovat tässä opinnäytetyössä samansuuntaiset, edelleen koetaan tärkeäksi, että hoitaja on rehellinen ja luotettavan oloinen. Hoitaja voi omalla toiminnallaan edesauttaa rehellisyyden ja luotettavuuden tunnetta, kun kertoo tarkasti hoitotoimenpiteitä tehdessään, että mitä tekee ja miksi. Potilaalle syntyy tunne, että hoitaja on samalla tasolla hänen kanssaan ja ymmär-

tää, että potilaat eivät tiedä kaikille toimenpiteille syitä ja tarkoituksia. Hoitajana olisi tärkeää muistaa, että vaikka itselle ammattilaisena toimenpiteet ovat arkipäivää ja tavallisia asioita, eivät ne potilaille ole päivänselviä.

Hoitajat keskittyivät enemmän tekniseen osaamiseen ja tekemiseen, kun taas potilaat arvostivat enemmän sitä, että hoitaja otti huomioon potilaan tunteet ja antoivat heille tarpeeksi aikaa kiireen keskellä. Tästä tuloksesta voi ajatella, että hoitajan saattaa olla vaikea herkistyä potilaan tunteille, kun potilaita voi olla useita päivän aikana. Potilaalle päivystyskäynti on iso, tunteita herättävä asia, kun taas hoitajalle yksi potilas saattaa olla kasvo toisten joukossa. Hoitajan herkkyyys potilaiden tunteille on täysin kiinni hoitajan luonteesta ja tavasta kohdata potilaat, toiset elävät tilanteessa mukana, kun taas toiset tekevät tarvittavat toimenpiteet ja jatkavat eteenpäin. Tärkeäksi koettiin, että hoitajat kohdasivat potilaat tasa-arvoisesti ja kohtelivat heitä kunnioittavasti. Aiemmissa tutkimustuloksissa esiin nousi samansuuntaisesti se, että potilaat arvostivat erityisesti hoitajan tasa-arvoista ja reilua kohtelua (Leino-Kilpi 1996: 109). Yhtenä epäkohtana nousi esiin, että hoitajat puhuivat potilaille alentavaan sävyyn. Hoitajat käyttivät myös sairaalakieltä, jota potilaat eivät ymmärtäneet. Tärkeää olisi huomioida, etteivät potilaat välttämättä ymmärrä kaikkea, mitä hoitajat heille kertovat. Tämän vuoksi on tärkeää varmistaa yhteisymmärrys. Sama aihe nousi esiin Salminen-Tuomaalan ym. (2010: 26) tutkimuksessa, jossa todettiin että lääketieteellisiä termejä tulisi välttää ja ohjeiden ymmärrettävyys olisi hyvä tarkistaa potilaalta. Hoitajan ajankäytöstä esille nousi se, että potilaat kokivat hoitajilla olevan liian kiire ja vähän aikaa perehtyä potilaiden asioihin henkilökohtaisesti.

Potilaat olivat vuorovaikutukseen useimmiten tyytyväisiä, esille nousi kuitenkin, että toistuvasti päivystyksessä käyneet saattoivat saada huonompaa kohtelua kuin ensi kertaa päivystykseen tulevat. Tärkeää olisi, että hoitajat huomioisivat tapaa, jolla he kohtelevat potilaita. Aina sairaalaan tullessa potilaan ja hoitajan välille syntyy valtasuhde, jossa potilas on alemmassa asemassa. Potilas on riippuvainen hoitajan antamasta avusta ja arvioi jatkuvasti saamaansa kohtelua, jolloin on tärkeää, että potilas kokee saaneensa reilua kohtelua. (Leino-Kilpi - Välimäki 2012: 14; Renholm – Suominen 2000: 112.)

Toisena tutkimuskysymyksenä opinnäytetyössä oli, millaisia kokemuksia potilailla on ohjauksesta päivystyksessä. Ohjaus jaettiin kirjalliseen ja suulliseen ohjaukseen. Tyytyväisiä potilaat olivat jatkohoitoon liittyvään ohjaukseen ja tiesivät, miten tulee toimia missäkin tilanteessa. Jatkohoito-ohjeiden antaminen on hoitajille tuttua ja jokapäiväistä toimintaa. Näin ollen he osaavat neuvoa erilaisissa asioissa, joita potilaille voi tulla mieleen.

Vähemmän tyytyväisiä oltiin taloudellisista asioista saatuun ohjaukseen. Taloudellisten asioiden ohjaus voi olla hoitajille hankalaa, jos he eivät ole tutustuneet erilaisten tukien ja etuuksien hakemiseen. Tämän aihealueen ohjaus voisi kuulua enemmän esimerkiksi sosiaalityöntekijälle, kenet voisi tarvittaessa kutsua ohjaamaan potilasta näissä asioissa.

Kirjallisen materiaalin saatavuus oli huonoa useamman tutkimuksen mukaan, mikä on huolestuttavaa, sillä tutkimuksissa nousi esiin myös, että potilaat arvostivat ja pitivät hyvänä sitä, että kirjallista materiaalia oli tarjolla. Aiemmissa tutkimustuloksissa esiin nousi, että potilaat, jotka olivat saaneet sekä kirjallista että suullista ohjausta, olivat tyytyväisempiä kuin ainoastaan suullista tai kirjallista ohjausta saaneet. Tutkimuksen mukaan ne potilaat, jotka olivat saaneet kirjallista ohjausta hoidon aikana, kokivat selviävänsä kotona paremmin. (Salminen-Tuomaala ym. 2010: 26.) Voidaan siis olettaa, että potilaille on erittäin tärkeää, että he saavat monipuolista ohjausta koko hoitojakson ajan. Saatu ohjausmateriaali täytyy olla ymmärrettävällä kielellä niin, että henkilö joka ei ole lääketieteen tai hoitoalan ammattilainen ymmärtää helposti mitä materiaalilla pyritään saavuttamaan. (Salminen-Tuomaala ym. 2010: 24–25.) Kirjallinen ohjausmateriaali ja sen saatavuus on tärkeää ja sitä tulee päivittää ja kehittää, jotta voidaan vastata potilaiden tarpeisiin.

Suullisen ohjauksen saamista toivottiin myös enemmän, erityisesti oma-aloitteista tiedottamista muun muassa tulevista toimenpiteistä. Toisaalta potilaat eivät välttämättä tunnista sitä, että hoitaja antaa ohjausta ja tietoa lähes koko ajan, kun työskentelee potilaan parissa. Pääosin potilaat olivat tyytyväisiä hoitajien antamaan ohjaukseen. Aiempien tutkimustulosten mukaan onkin tärkeää, että hoitajat ovat oma-aloitteisia ja lähestyvät potilaita rohkeasti keskustelun aikaansaamiseksi, vaikka kyseessä olisikin vaikea aihe, kuten esimerkiksi päihteiden käyttö. Tulokset opinnäytetyössä viittaavat samaan ja sen takia olisikin tärkeää, että hoitajat rohkeammin aloittaisivat keskusteluita eivätkä odottaisi, että lääkärit hoitavat merkittävät keskustelut potilaiden kanssa. (Koivunen ym. 2014: 281.) Tyytymättömyys ohjaukseen lisääntyi, jos potilas oli tullut päivystykseen akuutin vaivan tai onnettomuuden takia. Tämä saattaa selittyä sillä, että jo itse tilanne voi olla potilaalle kovin traumaattinen ja silloin saattaa olla vaikeaa sisäistää saatua tietoa. Jälkeenpäin potilas ei välttämättä muista saamaansa ohjausta ja kokee, että ei ole saanut riittävästi tietoa hoidon aikana. Ongelman ratkaisu voisi olla se, että ohjausta annettaisiin koko hoitojakson ajan tasaisesti ja eri tavoin, sillä ihmisillä on erilaisia tapoja omaksua uutta tietoa. Aiemmassa tutkimuksessa esiin nostettiin, että lähes kaikki potilaat olisivat

toivoneet myös läheisen läsnäoloa ohjaustilanteessa, jolloin mukana olisi myös toinen ihminen kuulemassa hoito-ohjeita (Salminen-Tuomaala ym. 2010: 26).

Odotusajasta tiedottaminen koettiin tärkeäksi. Potilailla oli rauhallisempi mieli, kun heille oli annettu arvio odotusajasta. Lima ym. (2015: 590–591) osoittivat, että totuudenmukainen arvio odotusajasta on tärkeä, jotta potilaat saavat todenmukaisen kuvan tulevasta odotuksesta. Opinnäytetyön tuloksissa esille nousi, että osa potilaista ei ollut saanut lainkaan tietoa odottamisen syistä tai pituudesta, odotusaika oli arvioitu myös pahasti väärin tai sitä ei ollut ilmoitettu ollenkaan. Odotusaikaa ja -järjestelmää tulisi kehittää niin, että potilaille olisi selkeää, missä odotetaan ja ketä hoidetaan seuraavaksi. Päivystyksessä on tietenkin huomioitava, että hoito tapahtuu kiireellisyysjärjestyksessä ja tilanteet saatavat muuttua. Odottamista voisi selkeyttää esimerkiksi, että jonotus tapahtuisi vuoronumeroiden avulla, jolloin potilaat näkisivät kuinka monta henkilöä on jonossa ennen heitä. Yksi selkeyttävä tekijä voisi olla myös, että päivystyksen hoitoprosessin etenemisestä olisi selkeä juliste odotusaulan seinällä, josta näkisi periaatteen kuinka päivystys toimii. Aiemmista tutkimustuloksista nousi esiin, että potilaille on tärkeää saada tietoa siitä, saavatko he esimerkiksi liikkua odotuksen aikana. Olisikin tärkeää hoidon onnistumisen kannalta, että potilaita informoidaan tarkasti siitä, mikä on sallittua ja mitä tulee välttää. Esimerkiksi leikkaus saattaa siirtyä, jos potilaalle on unohdettu kertoa, että odottamisen ajan tulee olla ravinnotta. (Salminen-Tuomaala ym. 2010: 24.)

Kolmas tutkimuskysymys käsitteli hoitoympäristöä ja sitä, millaisia kokemuksia potilailla oli fyysisestä hoitoympäristöstä päivystyksessä. Fyysisestä hoitoympäristöstä tärkeimmäksi nousi tilojen ja kalusteiden riittävyys. Potilaat kokivat, että tiloissa oli ahdasta, mutta ne olivat kuitenkin riittävät hoidon toteuttamiselle. Tilat vaikuttavat päivystyskäynnistä saatuun kokemukseen: ovatko tilat siistit, onko riittävästi tuoleja, onko tarpeeksi viihdykettä ja yksityisyyttä.

Odotuksen aikana potilaat ehtivät kiinnittämään huomiota moneen asiaan, jotka saattavat sairaalan henkilökunnasta tuntua mitättömiltä tekijöiltä. Tilojen riittävyys on kuitenkin yksi hoidon sujuvuuden edistäjä ja samalla potilasturvallisuuden tekijä. Leino-Kilpi ym. (1996: 117) kuvaavat, että potilaat kokevat erittäin tärkeäksi turvallisuuden ja siisteyden. Voidaan ajatella, että viikonlopun aikana käyneet potilaat olivat tyytyväisempiä tilojen riittävyyteen kuin arkena käyneet, sillä viikonloppuisin päivystyksessä saattaa olla rauhallisempaa. Riittämättömät tilat vaikuttavat myös yksityisyyden kokemiseen, yksityisyys huononee suhteessa tilojen puutteeseen. Karhu-Hämäläinen ja Eriksson (2001: 250)

kertovat tutkimuksessaan myös, että äänieristys sairaaloissa on usein puutteellista, jolla puolestaan on vaikutusta yksityisyyteen.

Tilojen toimivuuden kannalta täytyy ottaa huomioon niin potilaiden mukavuus kuin henkilökunnan työn sujuvuus. Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että päivystyksessä olon mukavuutta voisi lisätä, jos siellä tarjailtaisiin välipaloja potilaille ja kylmissään oleville potilaille olisi tarjolla vilttejä tai peittoja. Myös lapsille kaivattiin erilaisia palveluita ajanvietteeksi. Viihtyvyyttä voisi myös helposti lisätä hankkimalla päivystykseen useamman television ja enemmän lehtiä potilaita varten.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön aihe oli Metropolia Ammattikorkeakoulun tarjoama valmis aihe, jota opinnäytetyön tekijät saivat itse rajata haluamallaan tavalla, ohjaava opettaja antoi vinkkejä ja ehdotuksia aiheen näkökulmasta. Opinnäytetyö on siis osa Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin eli HUS:n Siltasairaala rakennushanketta, joten aihe on myös hyvin ajankohtainen ja tarpeellinen.

Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa se, että kaikki opinnäytetyön vaiheet on tehty alusta asti huolella ja aikaa käyttäen. Jokainen työvaihe on pyritty kuvaamaan tarkasti, jotta lukijalle ei jää epäselväksi, miten tuloksiin on päädytty. Työn etenemisen selostus onkin yksi tärkeä tekijä luotettavuuden lisäämisessä. Kaikkea tehtyä tutkimustyötä, myös opinnäytetyötä, tulee arvioida luotettavuuden ja pätevyyden näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen näkökulmasta tätä voidaan tehdä nimenomaan selittämällä työnkulkua ja pohtimalla, miten työ on saatu lopputulokseen. Tulosten tulkintaosiossa tekijän tulee selittää miten on päätytty kyseiseen tulkintaan ja mihin hän sen perustaa. Tärkeää on myös osata yhdistää tulosten pohdintaan teoreettista tarkastelua, ja verrata tuloksia ja aiempia tutkimustuloksia. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 232–233.)

Opinnäytetyöprosessissa tiedonhakuun käytettiin todella paljon aikaa ja se olikin prosessin työläin vaihe. Tiedonhakua varten tehtiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit, jotta tiedonhakua oli helpompi rajata koskemaan juuri tämän opinnäytetyön aihetta. Tiedonhaulla on myös tärkeä merkitys koko opinnäytetyön kannalta. Huolella tehty tiedonhaku parantaa myös opinnäytetyön luotettavuutta, sillä sisällönanalyysiin valikoitui vain tutkimuksia, jotka vastasivat asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tiedonhakutaulukko löytyy opinnäyte-

työn lopusta liitteet (liite1) osiosta, josta lukija voi tarkastella haun tuloksia. Sisällönanalyysiin valikoitui yhteensä yhdeksän tutkimusta. Se on riittävä määrä huomioiden käytössä olevan ajan ja resurssit. Viisi tutkimuksista oli englanninkielisiä ja neljä suomenkielisiä. Englanti ei ole opinnäytetyön tekijöiden äidinkieli, joten hyvästä kielitaidosta huolimatta käännös- ja tulkintavirheitä voi esiintyä. Vaikka englannin kieli oli melko selkeää, jouduttiin käännöstyössä käyttämään apuna sanakirjaa, joten on olemassa riski, että tekijät ovat ymmärtäneet käännöksen osittain väärin.

Opinnäytetyön tulosten luotettavuuteen vaikuttaa, että osa sisällönanalyyseissä käytetyistä tutkimuksista oli 13 vuotta vanhoja. Näin vanhoissa tutkimuksissa tieto ja tulokset saattavat olla osittain vanhentuneita ja täten epäluotettavia. Opinnäytetyössä haluttiin tuoda esille myös kotimainen näkökulma, joten mukaan valikoitui myös vanhempia tutkimuksia. Tuoreempaa suomalaista tutkimusta oli niukasti saatavilla koskien opinnäytetyön aihetta. Jotta opinnäytetyöhön saatiin luotettavuutta tuoreempien tutkimusten avulla, on työssä mukana useampi kansainvälinen tutkimus. Opinnäytetyön luotettavuutta parantaa myös, että tekijöitä on kaksi. Kumpikin tekijöistä on antanut täyden panoksen jokaiseen opinnäytetyön vaiheeseen ja on suuremmalla todennäköisyydellä huomannut virheen kuin opinnäytetyötä yksin tekevät. Lisäksi opinnäytetyön ohjaaja on lukenut opinnäytetyötä ja ollut mukana opinnäytetyöprosessissa, mikä lisää myös luotettavuutta.

Luotettavuutta lisäävät tekijöiden omakohtaiset kokemukset ja kiinnostus aihetta kohtaan, jotka puhuvat opinnäytetyön tulosten puolesta. Opinnäytetyön tulokset, aiemmat tutkimustulokset sekä omakohtaiset kokemukset ovat hyvin samansuuntaisia, mikä vahvistaa edelleen opinnäytetyön luotettavuutta. Useissa hoidon laatuun kohdistuvissa tutkimuksissa käy kuitenkin ilmi, että potilaat arvioivat hoidon laadun olevan hyvää. Tämän on ajateltu johtuvan siitä, että potilaat eivät viitsi antaa negatiivista palautetta hoidosta, ettei hoidon laatu kärsi. Tämän voidaan ajatella vaikuttavan tutkimusten lopullisiin tuloksiin ja siten myös opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyön tekemisessä on otettu huomioon hyvä tieteellinen käytäntö, jolloin voidaan varmistaa, että työ on tehty eettisten säädösten mukaan. Viitemerkinnät on tehty oikein ja lähdeluettelo on tehty asianmukaisesti. Opinnäytetyö on käytetty useaan kertaan Turnitin -ohjelmassa, jotta plagiointi on saatu poissuljettua. Näin on varmistettu, että plagiointia ei ole tapahtunut ja tekijänoikeuksia on kunnioitettu. Opinnäytetyö on tehty

huolellisesti ja tarkkuutta käyttäen, jotta työ voidaan toistaa tarvittaessa. (Varantola – Launis – Helin – Spoof – Jäppinen 2013: 6–7.)

6.3 Opinnäytetyö oppimisprosessina

Opinnäytetyö oli prosessina hyvin laaja ja sen tekemiseen oli varattu aikaa vajaa vuosi. Prosessi on vaatinut tekijöiltä paljon, mutta opettanut sitäkin enemmän erilaisia asioita. Tekijät oppivatkin sitoutumaan pitkäjänteiseen työhön ja suunnittelemaan kärsivällisesti työn etenemistä. Opinnäytetyön tekemisessä tarvitaan paljon tiimityöskentelytaitoja ja ymmärrystä tehdä kompromisseja. Edellä mainitut taidot ovat kehittyneet valtavasti opinnäytetyöprosessin aikana. Omista mielipiteistä on jouduttu välillä luopumaan ja hyväksymään toisen tekijän ehdottamat ajatukset. Aikatauluista pidettiin kiinni ja henkilökohtaisista menoista on ajoittain jouduttu tinkimään, se onkin ollut valttia koko opinnäytetyön ajan. Kumpikin opinnäytetyön tekijöistä otti vastuun sovituista tehtävistä ja molempinpuolinen luottamus on ollut kultaa, sen vuoksi opinnäytetyö eteni täysin suunnitellusti ja aikataulussa.

Tekijät ymmärsivät konkreettisesti, kuinka suuri prosessi laajan tieteellisen työn kirjoittaminen on ja kuinka paljon se vie aikaa. Opinnäytetyön tiedonhakuprosessi opetti, miten hakea ajantasaista hoitotieteellistä tietoa, se taito on ja pysyy, sillä sen verran paljon tiedonhakuja tehtiin opinnäytetyötä varten. Alkuun kirjallisuuskatsaus työtapana kummastutti ja tuotti päänsäivaa, sillä se oli tekijöille kovin vieras. Työn edetessä huomattiin sen olevan tekijöille juuri sopiva tapa tehdä opinnäytetyö.

Opinnäytetyön tekijät vaativat sekä itseltään että toisiltaan paljon, sillä yhteiset korkeat tavoitteet kiilsivät silmissä koko prosessin ajan. Opinnäytetyössä haluttiin hyödyntää aiemmin opintojen aikana opittua tietoa ja suoritua prosessista kiitettävästi. Työn tekeminen opetti erityistä tarkkuutta ja huolellisuutta. Lisäksi opinnäytetyön tekeminen syvensi tekijöiden omaa ammatillista osaamista. Jatkossa luotettavien lähteiden ja oikeanlaisen tiedon löytäminen on huomattavasti helpompaa ja siitä on tulevaisuudessa suuri apu myös työelämässä. Opinnäytetyötä tehdessä kasvatettiin myös omaa tietämystä aiheesta ja saavutettiin työlle asetetut tavoitteet.

6.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tulokset esitettiin toteutusseminaarissa samassa hankkeessa oleville opiskelijoille ja opettajille. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa uuden Siltasairaalan päivystyksessä. Tuloksia voidaan myös hyödyntää muissa yksiköissä parannettaessa hoidon laatua. Eri yksiköiden hoidon laadun ongelmakohtiin olisi hyvä kiinnittää huomiota ja kehittää toimintaa entistä paremmaksi. Opinnäytetyö julkaistiin myös Theseuksessa hyväksymisen jälkeen.

Opinnäytetyön tulosten perusteella olisi aiheellista jatkossa tutkia potilaiden kokemuksia hoidon laadusta myös muissa ympäristöissä kuin päivystyksessä. Erityisesti olisi hyvä paneutua ongelmallisimmiksi koettuihin asioihin, kuten ohjaukseen ja hoitavan henkilön ominaisuuksiin. Ohjaus on jokapäiväistä ja tärkeää potilaan hyvinvoinnin jatkumon kannalta, joten on tärkeää, että ohjaus on laadukasta. Ohjausta tapahtuu myös jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa ja sen takia siihen tulisikin kiinnittää erityistä huomiota. Potilaiden kokemukset ovat tärkeitä ja vaikuttavatkin hoitotyön kehittämiseen tulevaisuudessa. Tätä aihetta tulisi tutkia säännöllisesti, jotta pysyttäisiin ajan tasalla siitä, miten hoidon laatu on kehittynyt ja mitä tulisi edelleen parantaa.

Hoidon laatua eri yksiköissä olisi hyvä tutkia konkreettisesti juuri tietyissä yksiköissä määrällisen tai laadullisen menetelmän avulla, eikä vain yleisesti kirjallisuuskatsauksena. Niin julkisen kuin yksityisen sektorin palveluiden tuottajien tulee olla tietoisia siitä, mikä on käyttäjien eli potilaiden tai asiakkaiden käsitys hyvästä hoidon laadusta, jotta tyytyväisyys käyntiin voidaan taata. Jatkossa, kun tutkitaan hoidon laatua, olisi hyvä huomioida myös erilaiset potilasryhmät. Esimerkiksi vanhukset, mielenterveyspotilaat tai etniseen vähemmistöön kuuluvat saattavat kokea tyytyväisyyden hoitoon eri tavalla.

Lähteet

Eloranta, Sini – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. *Hoitotiede*. 20 (3). 115–125.

Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Eriksson, Katie – Isola, Arja – Kyngäs, Helvi – Leino-Kilpi, Helena – Lindström, Unni Å. – Paavilainen, Eija – Pietilä, Anna-Maija – Salanterä, Sanna – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Åstedt-Kurki, Päivi 2012. *Hoitotiede*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Farley, Heather – Enguidanos, Enrique – Coletti, Christian – Honigman, Leah – Mazzeo, Anthony – Pinson, Thomas – Reed, Kevin – Wiler, Jennifer 2014. Patient satisfaction surveys and quality of care: an information paper. *Annals of Emergency Medicine* 64 (4). 351–357.

Gordon, Jane – Sheppard, Lorraine A. – Anaf, Sophie 2009. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *International Emergency Nursing* 18 (2). 80–88.

Göransson, Katarina E. – von Rosen, Anette 2009. Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. *International Emergency Nursing* 18 (1). 36–40.

Halila, Ritva – Mustajoki, Pertti 2016. Hoitotahto - käytännön ohjeita. Duodecim. Verk-kodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjast/tk.koti?p_artik-keli=dlk00809>. Luettu 30.10.2016.

Hietanen, Kirsi – Pitkänen, Maija-Riitta – Vilmi, Silja 1995. *Hoitotyö päivystyspoliklini-kalla*. Tampere: Tammerpaino Oy.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudis-tettu painos. Helsinki: Tammi.

Ikonen, Riikka – Paavilainen, Eija – Kaunonen, Marja 2016. Keskosten äitien kokemuk-sia saamastaan ohjauksesta ja tuesta rintamaidon lypsämiseen. *Hoitotiede*. 28 (2). 97–108.

Jahren Kristoffersen, Nina – Nortvedt, Finn – Skaug, Eli-Anne (toim.) 2006. *Hoitotyön perusteet*. Tanska: Narayana Press.

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.) 2007. *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja A:51. Turku: Turun yliopisto.

Jokinen, Sirpa 1995. "Sairaalasänky on potilaan koti" - Sairaanhoidon opiskelijoiden käsitykset hoitoympäristöstä. Pro gradu. Tampere: Tampereen yliopisto. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos.

Kaartinen, Maarit 2003. Hyvä hoito yhteispäivystyksessä potilaiden arvioimana. Pro gradu. Oulu: Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Karhu-Hämäläinen, Anita – Eriksson, Elina 2001. Sädehoito-osaston fyysinen hoitoympäristö avohoito potilaan kokemana. Hoitotiede 13 (5). 249–257.

Kiura, Eva 2012. THL. Päivystysvastaanotot potilaiden näkökulmasta. Arviointiseloste 1/2012. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/As_2012_1_paivystysvastaanotot.pdf>. Luettu 23.2.2016.

Knowles, Emma – O'Cathain, Alicia – Nicholl, Jon 2010. Patients' experience and views of an emergency and urgent care system. Health Expectations 15 (1). 78-86.

Koivunen, Marita – Harju, Sanna – Hakala, Tiina – Hänti, Jussi – Välimäki, Maritta 2014. Päihtyneenä päivystyksessä - Saako potilas hyvää hoitoa ja kohtelua? Hoitotiede 26 (4). 275–286.

Koponen, Leena – Sillanpää, Kirsi (toim.) 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kvist, Tarja – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Kinnunen, Juha 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 18 (3). 107–119.

Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Leino-Kilpi, Helena – Walta, Leena – Helenius, Hans – Vuorenheimo, Jaana – Välimäki, Maritta 1996. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Leino-Kilpi, Helena – Vuorenheimo, Jaana 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: SanomaPro Oy.

Lima, Cássio de Almeida – dos Santos, Bruna Tatiane Prates – Andrade, Dina Luciana Batista – Barbosa, Francielle Alves – da Costa, Fernanda Marques – Carneiro, Jair Almeida 2015. Quality of emergency rooms and urgent care services: user satisfaction. Health Economics and Management 13 (4). 587–593.

Moss, Cheryle – Nelson, Katherine – Connor, Margaret – Wensley, Cynthia – McKinlay, Eileen – Boulton, Amohia 2014. Patient experience in the emergency department: inconsistencies in the ethic and duty of care. *Journal of Clinical Nursing* 24 (1-2). 275–288.

Mäntynen, Raija – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Miettinen, Merja – Kvist, Tarja 2015. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? *Hoitotiede* 27 (1). 18–30.

Nairn, Stuart – Whotton, Elaine – Marshal, Christine – Roberts, Mark – Swann, Garry 2004. The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accident and Emergency Nursing* 12 (3). 159–165.

Pajarinen, Jarkko 2015. Kohti uutta sairaalaa. HUS. Verkkodokumentti. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/rakennushankkeet/traumakeskus-syopakeskus-uudisrakennus/Documents/HUS%20%20valuusto%2016.12.2015.pdf>>. Luettu 14.11.2016.

Pellikka, Heli – Lukkarinen, Hannele – Isola, Arja 2003. Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. *Hoitotiede* 15 (4). 166–179.

Renholm, Marja – Suominen, Tarja 2000. Potilaiden kohtelu päivystysosastolla. *Hoitotiede*. 12 (3). 111–120.

Richardson, Sandra – Casey, Michelle – Hider, Phil 2007. Following the patient journey: Older persons' experiences of emergency departments and discharge. *Accident and Emergency Nursing* 15 (3). 134–140.

Saarin, Sakari 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Pro gradu. <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78272/gradu02020.pdf?sequence=>>>. Luettu 21.3.2016.

Salminen Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Verkkodokumentti. <http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. Luettu 15.9.2016.

Salminen-Tuomaala, Mari – Kaappola, Anu – Kurikka, Sirpa – Leikkola, Päivi – Vanninen, Johanna – Paavilainen, Eija 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö* 8 (4). 21–28.

Siltasairaala, uudisrakennus trauma- ja syöpäkeskuksille 2015. HUS:n verkkosivut. <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/rakennushankkeet/traumakeskus-syopakeskus-uudisrakennus/Sivut/default.aspx>>. Luettu 18.2.2016.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014. Annettu Helsingissä 23.9.2014.
Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Stolt, Minna – Axelin, Anna – Suhonen, Riitta (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja sarja A73. Turku: Turun yliopisto.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi.

Varantola, Krista – Launis, Veikko – Helin, Markku – Spoof, Sanna Kaisa – Jäppinen, Sanna 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 2.11.2016.

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Haku	Tulos/ hyväksytty
Medic	Potilastyytyväisyys AND päivystys*	23 kpl/ 3 kpl
Medic	Päivysty* AND hoitoty* AND potila*	38 kpl
Cinahl	Emergenc* AND patient* AND nurs* AND hospital*	3840 kpl
Medic	Päivysty* AND Töölö*	5 kpl
PubMed	Patient* AND on-call* AND hospital*	678 kpl
Medic	Päivysty* AND potila* AND kokemu*	11 kpl
Medic	potilas* AND päivystys*	146 kpl/ 3 kpl
PubMed	Patient experience of nursing in outpatient care NOT cancer	547 kpl
Cinahl	Patient experience AND emergency department	330 kpl/ 4 kpl
Medline	Patient experience on nursing in ambulatory care	0 kpl
Medline	Patient experience in emergency duty	0 kpl
Medline	Patient experience AND quality of care	38 kpl
PubMed	Patient experience AND emergency department AND quality of care NOT elderly people NOT children AND patient satisfaction	72 kpl/ 1 kpl

Sisällönanalyysissä käytetyt tutkimukset

Tutkija(t) ja julkaisu- vuosi	Lähde	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite	Tutkimuksessa käy- tetty menetelmä ja ai- neisto	Tutkimuksen keskei- simmät tulokset
Pellikka, Heli – Lukkari- nen, Hannele – Isola, Arja 2003.	Hoitotiede	Potilaiden käsityksiä hy- västä hoidosta yhteis- päivystyksessä	Tarkoituksena oli kuvata yhteispäivystyksessä hoi- dettujen potilaiden mieli- piteitä hoitoprosessista ja hoitoon liittyvistä toimin- noista.	Kyselylomake, modifi- oitu Hyvä Hoito -mittari. 150 kyselylomaketta ja- ettu, lopullinen vastaus- prosentti oli 54,7 % (n=82).	Potilaat olivat yleisesti ot- taen tyytyväisiä hoitajien toimintaan, kuitenkin osa potilaista koki, ettei heitä ollut kannustettu riittä- västi osallistumaan omaan hoitoonsa. Osa kaipasi enemmän hoita- jien läsnäoloa ja tietoa tutkimusten välisenä ai- kana.
Knowles, Emma – O’Cathain, Alicia – Nicholl, Jon 2010.	Health Expecta- tions	Patients’ experiences and views of an emergency and urgent care system	Tarkoituksena oli selvit- tää potilaiden kokemuk- sia ja näkemyksiä ensi- ja päivystyshoidon kokonai- suudesta Englannissa.	Kvalitatiivinen kyselylo- make, puhelinhaastatte- luna. 11 604 puhelua, 1000 vastasi lomakkee- seen täydellisesti. Vastausprosentti oli 9 %	Suurin osa vastaajista koki, että heitä oli koh- deltu asianmukaisesti ja hoidettu riittävän nope- asti ja että he olivat otta- neet yhteyttä oikeaan ta- hoon. Hoitoon ohjaukseen oltiin myös tyytyväisiä.

Gordon, Jane – Shepard, Lorraine A. – Anaf Sophie 2009.	International Emergency Nursing	The patient experience in the emergency department: a systematic synthesis of qualitative research	Tarkoituksena oli selvittää potilaskokemuksia päivystyshoitotyöstä päivystysosastolla kuvaillen mitkä tekijät vaikuttavat potilastyytyvyyteen.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kvalitatiivista kirjallisuutta tutkien. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin 12 vuosina 1990-2006 tehtyä tutkimusta.	Ongelmallisimmiksi koettiin hoidon puute sekä hoitajien kiinnostuksen puute potilaiden psykososiaalista ja emotionaalista tilaa kohtaan.
Saarinen, Sakari 2007.	Pro gradu	Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta	Tarkoituksena oli selvittää hoidon laatua potilaiden näkökulmasta kahden yliopistosairaalan päivystyspoliklinikoilla. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa päivystyspoliklinikoiden laadun parantamiseksi.	Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen menetelmän yhdistäminen. Molemissa sairaaloissa jaettiin tai lähetettiin yhteensä 182 (yhteensä 364) kyselylomaketta, vastausprosentti oli 37 %.	Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä hoitoon kaikilla osa-alueilla. Vuorovaikutukseen potilaat olivat hyvin tyytyväisiä, ohjaukseen oltiin myös tyytyväisiä, ikä vaikutti tyytyvyyteen. Fyysiseen ympäristöön olivat tyytymättömpiä ne, jotka olivat työelämässä verrattuna muihin.
Richardson, Sandra – Casey, Michelle – Hider, Phil 2007.	Accident and Emergency Nursing	Following the patient journey: older persons' experiences of emergency departments and discharge	Tarkoituksena oli selvittää iäkkäiden (>80v) kokemuksia päivystyshoitotyöstä, kun he siirtyivät vuodeosastolle päivystysosaston jälkeen ja kotiutuivat nopeasti.	Sisäinen valinta (hoitajat päättivät olivatko potilaat tarpeeksi hyväkuntoisia osallistumaan), haastattelu sekä puhelinhaastattelu kotiutumisen jälkeen. 82 osallistujaa.	Tuloksissa ilmeni, että tämän ikäluokan potilaat olivat haluttomia kritisoidaan hoitoa tai hoitoprosessia ja ylipäättään osoittivat tyytyväisyyttä sairaalajaksoa kohtaan.

3 (4)

Kaartinen, Maarit 2003.	Pro gradu	Hyvä hoito yhteispäivystyksessä potilaiden arvioimana	Tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta Oulun seudun yhteispäivystyksessä.	Strukturoitu kyselylomake, otso oli 150 henkilöä, vastausprosentti oli 59 %.	Potilaat olivat pääasiassa tyytyväisiä hoitavan henkilön ominaisuuksiin, vähiten tyytyväisiä oltiin hoitajan reiluuteen. Potilaan yksilölliseen huomiointiin ottamisessa ja erityisesti hoitaja- ja aikaresursseissa oli puutteita. Fyysiseen hoitoympäristöön potilaat olivat hyvin tyytyväisiä.
Göransson, Katarina – von Rosen, Anette 2009.	International Emergency Nursing	Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department	Tavoitteena oli selvittää potilaiden kokemuksia saamastaan kohtelusta päivystysyksikössä.	Kyselylomake, jolla pyrittiin selvittämään hoitaja-potilas suhteen tyytyväisyyttä ajatellen hoitoa sekä odotusajan arviointia, sekä hoitajan ammatillisuutta. Vastausprosentti oli 87 % (n=601).	Suurin osa potilaista koki, että heitä ei informoitu riittävästi odotusajasta vaikka heidän tilansa arvioitiin heti heidän saapuessaan. 97 % vastaajista koki, että hoitaja oli kompetentti tehtävänsä, vaikka lähes neljäsosa ei halunnut hoitajan informoivan heitä terveyden tilastaan.
Kvist, Tarja – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Kinnunen, Juha 2006.	Hoitotiede	Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden, hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja johtajien käsityksiä hoidon laadusta	Kyselylomake, potilaille postitettiin kotiin, henkilöstön kyselylomakkeet lähetettiin sairaalan sisäisen postin kautta. Ih-	Potilaat arvioivat hoidon laadun hyväksi, vuodeosastopotilaat kokivat hoidon laadun olevan kaikilla osa-alueilla parem-

				<p>misläheinen hoitomit-tari, potilaiden vastaus-prosentti 56 %, henki-löstöaineiston vastaus-prosentti 64 %.</p>	<p>paa kuin mitä poliklinikka-potilaat kokivat. Myös henkilöstö arvioi hoidon laadun olevan hyvää. Vuodeosasto- sekä poli-kliniikkapotilaat kokivat tunne-elämän huomioi-misen osa-alueen par-haimmaksi.</p>
<p>Nairn, Stuart – Whotton, Elaine – Marshal, Chris-tine – Roberts, Mark – Swann, Garry 2004.</p>	<p>Accident and Emergency Nurs-ing</p>	<p>The Patient experience in emergency departments: a review of literature</p>	<p>Tarkoituksena oli analy-soida potilastyytyväisyy-destä päivystysosastolla tehtyjä tutkimuksia kuu-desta näkökulmasta; odotusaika, kommuni-kointi, kulttuuriset näkö-kulmat, kipu, ympäristö. Analyysissa huomioitiin myös potilastyytyväisyy-den arvioinnin vaikeutta.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus. 37 kansainvälistä tutki-musta löytyi kirjallisuus-haun yhteydessä.</p>	<p>Yleisesti potilastyytyväi-syys hoidosta oli hyvä, mutta joitakin ongelma-alueita löytyi, mm. kivun-hoito koettiin puutteel-liseksi. Potilastyytyväi-syyden arviointi keskittyi lähinnä tilastollisiin tulok-siin, alueelle tarvittaisiin enemmän laadullista tut-kimusta.</p>